

## Utemiljö som vårdmiljö

- Hur utemiljön vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom kan bli en tillgång för att främja fysisk aktivitet och fallprevention



## **Outdoor environment such as healthcare environment**

- How outdoor environment at nursing and care homes for people with dementia can be an asset to promote physical activity and fall prevention

Madeleine Liljegren

<b>Handledare:</b>	Anna Bengtsson, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
<b>Bitr. handledare:</b>	Lillian Lavesson, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
<b>Examinator:</b>	Patrik Grahn, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
<b>Bitr. examinerator:</b>	Elisabeth von Essen, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

**Omfattning:** 30 hp

**Nivå:** A2E

**Kurstitel:** Master Project in Landscape Architecture

**Kurskod:** EX0814

**Program:** Outdoor Environments for Health and Well-being

**Utgivningsort:** Alnarp

**Utgivningsår:** 2017

**Omslagsbild:** Madeleine Liljegren

**Elektronisk publicering:** <http://stud.epsilon.slu.se>

**Nyckelord:** demenssjukdom, demensvänlig utemiljö, evidensbaserad hälsodesign, fallprevention, fysisk aktivitet, processgenomförande, processutveckling, processutvärdering och vårdmiljö.

**SLU, Sveriges Lantbruksuniversitet**  
**Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap**  
**Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi**



# SAMMANFATTNING

---

Denna kvalitativa studie utvecklar, genomför och utvärderar en process för hur en fallpreventiv utemiljö kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet, vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom. Utgångspunkten är dels att många personer boendes på Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden råkar ut för fallolyckor och dels att fysisk aktivitet som fallprevention inte genomförs som åtgärd i någon större omfattning. Utemiljöerna vid vård- och omsorgsboendena uppfattas idag inte utgöra en del av den befintliga vårdmiljön. Metoder som används i studien är aktionsforskning och utvärderingsforskning. Komponenterna forskning, aktion och utbildning möts i ett samspel. Studiens målgrupp är personer med demenssjukdom och studiens deltagare utgörs av representanter för Vellinge kommun, aktivitetsledare vid vård- och omsorgsboendena i Vellinge kommun samt verksamhetschefer vid vård- och omsorgsboendena. Genom att utveckla, genomföra och utvärdera en process där aktivitetsledarna har bidragit med kunskap i delmomenten workshop, gåturer och platsanalyser, har ny kunskap om utemiljöns potential att bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön erhållits. För att få en sammanhållen process har förutom aktivitetsledarna, även representanter för Vellinge kommun samt verksamhetschefer för vård- och omsorgsboendena involverats i delmomenten föreläsningar och resor. Studiens resultat redovisar processutvecklingen, processgenomförandet och processutvärderingen för hur utemiljön kan bli en tillgång för att främja fysisk aktivitet och fallprevention. Studiens slutsatser är: 1.) en process kan utvecklas genom komponenterna forskning, aktion och utbildning, 2.) en process kan genomföras genom delmomenten: beskrivning av organisation, inspirationsresa, identifiering av teoretiskt ramverk, inspirationsföreläsning, identifiering av målgruppens behov i kontakt med utemiljön, workshop, gåturer, platsanalyser, återkopplingsresa och återkopplingsföreläsning, 3.) de delmoment som nämndes ovan kan sammantaget bidra med kunskap om hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet och fallprevention, 4.) den process som har beskrivits i studien, kan utvärderas genom muntliga och skriftliga frågor, genom att reflektera över fördelar och nackdelar samt genom SWOT-analys samt 5.) för att utemiljön ska kunna bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön vid vård- och omsorgsboenden i Vellinge kommun för personer med demenssjukdom, bör både utemiljöer och verksamheter utvecklas utifrån studiens resultat. Tidigare studier har fokuserat på fallpreventiva effekter av fysisk aktivitet samt hälsofrämjande fördelar med utevistelse. Denna studie har adderat en ny aspekt att överväga vid utformning av utemiljöer som vårdmiljöer samt kring verksamhetens fortsatta arbete med fysisk aktivitet och fallprevention.

Nyckelord: demenssjukdom, demensvänlig utemiljö, evidensbaserad hälsodesign, fallprevention, fysisk aktivitet, processgenomförande, processutveckling, processutvärdering och vårdmiljö.

# ABSTRACT

---

This qualitative study develops, implements and evaluates a process for how fall preventive outdoor environment can be an asset in the current health care environment to promote physical activity and fall prevention, at nursing and care homes for people with dementia. The point of reference is that many people living in Vellinge municipality's nursing and care homes have falls and that physical activity as fall prevention is not undertaken as an action to any great extent. The outdoor environments at the nursing and care homes is not perceived to be a part of the current health care environment. The methods used in the study are action research and evaluation research. The components of research, action and education meet in an interaction. The study's target group is people with dementia and the study's participants are representatives of Vellinge municipality, activity leaders at nursing and care homes of Vellinge municipality and managing directors of the nursing and care homes. Through developing, implementing and evaluating a process where the activity leaders have contributed with knowledge in practical workshops, walking interviews and location analyses, a new knowledge of the outdoor environment as a potential asset for physical activity and fall prevention has been obtained. To achieve a coherent process, in addition to the activity leaders, representatives of the municipality of Vellinge as well as managing directors for nursing and care homes have been involved in the partial methods of lectures and trips. The study's results show the process development, the process implementation and the process evaluation, for how the outdoor environment can be an asset to promote physical activity and fall prevention. The study's conclusions are: 1). a process can be developed through the components of research, action and education. 2). a process can be carried out through the parts: organization description, inspirational trip, identification of theoretical framework, inspirational lecture, identification of the target group's needs in contact with the outdoor environment , workshop, walking interviews, location analyses, feedback trip and feedback lecture, 3.) the parts mentioned above can together provide knowledge about how the outdoor environment can become an asset in the existing healthcare environment to promote physical activity and fall prevention, 4). the process that has been described in the study can be evaluated through oral and written questions by reflecting on the pros and cons as well as by SWOT-analysis and 5.) for the outdoor environment to be an asset in the existing health care environment at the nursing and care homes in Vellinge municipality for persons with dementia, both outdoor environments and activities should develop according the outcome of the study. Previous studies have focused on fall prevention effects of physical activity and health promotion benefits of the outdoors. This study has added a new aspect to consider in the design of outdoor environments as healthcare environments and about the operation's continued work with physical activities and fall prevention.

Keywords: dementia, dementia friendly outdoor environment, evidence based design, fall prevention, health care environment, physical activity, process development, process evaluation and process implementation.

# FÖRORD

---

Denna studie är ett examensarbete inom mastersprogrammet *Outdoor Environment for Health and Well-being*, vid Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) i Alnarp. Studien utförs som det avslutande momentet i utbildningen. Inriktningen på programmet är miljöpsykologi och fokus är samspelet mellan utemiljön och människan. Som tre-åring drömde jag om att bli trädgårdsmästare och inspirationen kom från vår trädgårdsmästargranne och hans blomsterodlingar. Åren gick och i vuxenålder utbildade jag mig till sjukgymnast, där glädjen i yrket har handlat om att få hjälpa människor i sina rehabiliteringsprocesser. De senaste åren har jag läst olika kurser vid SLU. Innehållet har handlat om vad utemiljöer bör innehålla och hur de bör vara utformade, för att vara ändamålsenliga för olika specifika diagnosgrupper. Kurserna har även berört hur utemiljöer kan användas inom olika typer av verksamheter.

Ämnet "*Utemiljö som vårdmiljö*" har jag valt att skriva om utifrån att jag har arbetat som sjukgymnast i drygt tio år och har noterat att utemiljöerna sällan inkluderas i vårdmiljön, på ett medvetet och strategiskt sätt, inom kommunal hälso- och sjukvård. I samband med mina sjukgymnastinsatser på vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom har jag även reflekterat över brister i utemiljöerna. Utifrån ovannämnda utgångspunkter har studierna till en masterexamen inom landskapsarkitektur, lett till att jag insett hur viktig vårdmiljön är. Genom god vårdarkitektur kan miljöer skapas som inte bara är funktionsdugliga, utan också hälsofrämjande och stödjande.

Intentionen med denna studie har varit att kombinera min akademiska och yrkesmässiga bakgrund, där områden som fysisk aktivitet och fallprevention ingår, med mitt intresse för vårdarkitektur, vårdmiljö, utevistelse och möjlighet till utveckling av rehabilitering i utemiljöer. Att kunskapen appliceras på Vellinge kommun och dess utemiljöer vid vård- och omsorgsboendena grundar sig i att jag arbetar som sjukgymnast inom Vellinge kommuns hälso- och sjukvårdsorganisation.

Under hösten 2015 tillfrågades jag av Catharina Byström (avdelningschef för Omsorgsavdelningen i Vellinge kommun) om att träffas och samtala om innehållet i master program studierna. Samtalet utmynnade i en idé om en studie i samarbete med Johan Greco, Vård- och omsorgschef i Vellinge kommun. Åsa Lindberg (kvalitetsansvarig inom vård- och omsorg i Vellinge kommun), involverades också som representant för Vellinge kommun. Genom samtal med Anna Bengtsson (PhD och universitetsadjunkt vid SLU i Alnarp) samt Lillian Lavesson (leg. sjukgymnast vid SLU i Alnarp) utvecklades idén till en studie om hur utemiljöer kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för personer med demenssjukdom, boendes på vård- och omsorgsboenden.

Höllviken, 2017  
Madeleine Liljegren

madeleine@liljegrenska.se

# TACK

---

Tack till Catharina Byström (avdelningschef för Omsorgsavdelningen i Vellinge kommun) för initiativ till samarbete kring studien, till Johan Greco (Vård- och omsorgschef i Vellinge kommun) och Åsa Lindström (kvalitetsansvarig i Vellinge kommun) för engagemang under processen. Tack också till samtliga aktivitetsledare som bidragit med stor kunskap till studien, verksamhetscheferna vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboende samt mina närmsta kollegor inom hälso- och sjukvårdsorganisationen som hjälpt till med statistikuttag.

Tack till mina handledare, Anna Bengtsson och Lillian Lavesson, som under processen bidragit med ovärderlig handledning, uppmuntran och lärorika resonemang.

Tack till hela min familj, Johan, Lydia, Theodor och Philip samt mina föräldrar Gunilla och Håkan – ni har fyllt tillvaron med glädje, samtal och värdefull support!

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1. BEGREPPSFÖRKLARING .....</b>	<b>1</b>
<b>2. INLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>3. BAKGRUND .....</b>	<b>4</b>
3.1. Bakgrund.....	4
3.1.1. Personer med demenssjukdom i Sverige.....	4
3.1.2. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom .....	4
3.1.3. Fallolyckor och fallprevention i Vellinge kommun.....	5
3.1.4. Nyttjandegrad av åtgärdsinsatserna fysisk aktivitet och utevistelse i Vellinge kommun .....	6
3.2. Problemformulering.....	7
3.3. Syfte .....	8
3.4. Frågeställningar.....	8
3.5. Avgränsningar.....	8
3.5.1. Studiens målgrupp .....	8
3.5.2. Deltagarna i processen.....	8
3.5.3. Gåturet och platsanalyser i utemiljöerna .....	8
3.5.4. Statistik från Vellinge kommun.....	9
3.5.5. Processavgränsning .....	9
<b>4. TEORETISKT RAMVERK .....</b>	<b>10</b>
4.1. Fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom .....	10
4.1.1. Evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet .....	10
4.2. Fördelar med att genomföra fysisk aktivitet utomhus.....	11
4.3. Fallolyckor och fallprevention .....	11
4.4. Utemiljö som vårdmiljö .....	11
4.5. Kvalitetssäkrade vårdmiljöer genom evidensbaserad hälsodesign .....	12
4.6. Vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi .....	12
4.6.1. Behovspyramiden .....	12
4.6.2. Fyra zoner med kontakt av utemiljön .....	13
4.7. Fysisk aktivitet i relation till vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi.....	13
4.7.1. Fysisk aktivitet och behovspyramiden.....	14
4.7.2. Fysisk aktivitet och de fyra zonerna med kontakt av utemiljö .....	15
4.8. ICF:s hälsokomponenter fysisk aktivitet och omgivningsfaktorer i relation till evidensbaserad hälsodesign i ett utomhusperspektiv .....	16
<b>5. METOD .....</b>	<b>18</b>
5.1. Aktionsforskning .....	18
5.1.1. Triangulering av kvalitativa metoder .....	19
5.1.2. Utvärderingsforskning .....	19
5.2. Urval av deltagare .....	20
5.3. Tillvägagång för utveckling av processen samt syfte med delmomenten .....	20
5.4. Datainsamling för processgenomförande .....	22
5.4.1. Datainsamling föreläsningar.....	23
5.4.2. Datainsamling workshop .....	23
5.4.3. Datainsamling gåturet och platsanalyser.....	23
5.5. Datainsamling för processutvärdering .....	23
5.5.1. Deltagarnas utvärdering av delmomenten i processen.....	24
5.5.2. Deltagarnas utvärdering av processen som helhet.....	25
5.5.3. Sjukgymnastens självutvärdering av delmomenten i processen .....	25
5.5.4. Sjukgymnastens självutvärdering av processen som helhet .....	25

5.6. Bortfall .....	25
5.7. Bearbetning av empiriskt material .....	25
5.7.1. Genomförande av processen .....	26
5.7.2. Utvärdering av processen.....	26
<b>6. ETISKA ASPEKTER .....</b>	<b>27</b>
6.1. Deltagarna i processen .....	27
6.2. Sekretess.....	27
<b>7. RESULTAT.....</b>	<b>28</b>
7.1. Resultat för processutveckling .....	28
7.1.1. Beskrivning av organisation.....	30
7.1.2. Inspirationsresa .....	30
7.1.3. Målgruppens behov i kontakt med utemiljön.....	30
7.1.4. Inspirationsföreläsning .....	31
7.1.5. Utveckling av underlag till workshop .....	31
7.1.6. Utveckling av underlag till gåturer och platsanalyser .....	32
7.1.7. Återkopplingsresa .....	32
7.1.8. Återkopplingsföreläsning .....	32
7.2. Resultat för processgenomförande .....	32
7.2.1. Inspirationsresa .....	33
7.2.2. Inspirationsföreläsning.....	33
7.2.3. Workshop .....	33
7.2.4. Gåturer och platsanalyser.....	36
7.2.5. Återkopplingsresa .....	48
7.2.6. Återkopplingsföreläsning .....	48
7.3. Resultat för processutvärdering .....	48
7.3.1. Deltagarnas utvärdering av delmomenten i processen.....	48
7.3.2. Deltagarnas utvärdering av processen som helhet.....	49
7.3.3. Sjukgymnastens utvärdering av delmomenten i processen.....	50
7.3.4. Sjukgymnastens utvärdering av processen som helhet.....	51
7.4. Startfasen – vikten av att känna till sammanhanget .....	52
7.5. Inspirationsfasen – vikten av att väcka intresse och medvetandegöra .....	52
7.6. Genomförandefasen – vikten av att göra det tillsammans.....	53
7.7. Responsfasen – vikten av att återkoppla och utvärdera.....	53
<b>8. DISKUSSION.....</b>	<b>54</b>
8.1. Resultatdiskussion .....	54
8.2. Sjukgymnastens reflektioner över utemiljöns betydelse i det fortsatta kommunala arbetet .....	56
8.3. Metoddiskussion.....	59
8.4. Slutsatser.....	60
8.5. Vidare forskning .....	61
<b>9. REFERENSER .....</b>	<b>62</b>
<b>10. BILAGOR .....</b>	<b>67</b>
1. Beskrivning av organisation.....	68
2. Inbjudan inspirationsresa.....	69
3. Inspirationsföreläsningens powerpoint-bilder.....	70
4. Inbjudan inspirationsföreläsning .....	74
5. Underlag för workshop .....	75
6. Mall gåturverktyg .....	76
7. Mall platsanalysverktyg .....	77
8. Inbjudan återkopplingsresa .....	80
9. Återkopplingsföreläsningens powerpoint-bilder .....	81
10. Inbjudan återkopplingsföreläsning .....	85



# 1. BEGREPPSFÖRKLARING

---

**Aktionsforskning** är en forskningsmetod för utveckling och förändring i eller av en praktisk situation (Denscombe 2014).

**Behovspyramiden** syftar på en teori inom landskapsinriktad miljöpsykologi. Teorin beskriver hur en persons behov av den fysiska och sociala omgivningen hänger samman med dennes förmåga att hålla sig frisk (Bengtsson & Grahn 2014b).

**BPSD-registret** är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kartlägga symtom och planera relevanta åtgärder för att minska BPSD-problematik, som kan uppstå i samband med demenssjukdom (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens 2016).

**Demenssjukdom** är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärnskador, vilket bland annat leder till nedsatt balans och möjlighet att självständigt utföra fysisk aktivitet.

**Evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet** innebär vetenskapligt bevisad fysisk aktivitet som förebygger fallolyckor.

**Evidensbaserad hälsodesign** är en metod för att kvalitetssäkra miljöer, exempelvis vårdmiljöer (Ulrich et al. 2010).

**Fallolycka** är en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet, marken eller annan lägre nivå oavsett orsak och oavsett om skada inträffar eller inte.

**Fallprevention** omfattar olika åtgärder som förebygger fallolycka.

**Fyra zoner av kontakt med utemiljön** syftar på en evidensbaserad principmodell inom hälsodesign (Bengtsson & Grahn 2014b).

**Fysisk aktivitet** är all typ av kroppsrörelser som ökar energiförbrukningen utöver viloförbrukning.

**Gåtur** är en forskningsmetod där en person med speciell kompetens guidar forskaren i en specifik miljö och delger erfarenheter och kunskap, det vill säga en slags gående intervju (De Laval 1998; Evans & Jones 2011; Ranger & Westerberg 2004).

**Hälsofrämjande** syftar på det som gynnar hälsa.

**Metodtriangulering** innebär att flera olika metoder kombineras för att samla in data (Malterud 2009).

**Miljöpsykologi** är ett tvärvetenskapligt område inom psykologin och beteendevetenskapen som studerar samspelet mellan en människa och dennes omgivning.

**Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom** ska ge stöd för prioriteringar vid resursfördelningar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som är mest effektiva. Det är Socialstyrelsen som ger ut riktlinjerna (Socialstyrelsen 2010).

**Platsanalys** är en forskningsmetod där en specifik miljö/plats analyseras (Bengtsson & Grahn 2014a; Lynch 1964).

**Processgenomförande** syftar till att genomföra en process.

**Processutveckling** syftar till att utveckla en process.

**Processutvärdering** syftar till att utvärdera en process.

**Senior alert** är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att bland annat identifiera fallrisker och planera åtgärder som minimerar dem (Senior alert 2016).

**Utvärderingsforskning** är en forskningsmetod som används för utvärdering inom politisk och organisatorisk kontext, exempelvis sjukvård (Karlsson 1999).

**Varsam och inspirerande design** syftar på designprinciper utvecklade inom landskapsinriktad miljöpsykologi (Bengtsson & Grahn 2014b).

**Verksamhet** syftar på den organisation som utför vård- och omsorgsinsatser.

**Vårdarkitektur** beskriver hur miljön som är avsedd att användas inom vård bör vara designad.

**Vårdmiljö** är en miljö där det bedrivs vård.

**Vård- och omsorgsboende** är en boendeform bemannad med personal som kan vårda och stödja personer som har behov och som inte kan tillgodose dem på egen hand.

**Workshop** är en forskningsmetod där ett begränsat antal deltagare, som särskilt inbjudits på grund av speciell kompetens, träffas kring ett fokuserat tema och aktivt diskuterar ett forskningsområde, ett slags vetenskapligt arbetsmöte (Metodbanken 2011a).

## 2. INLEDNING

---

Idag står medvetenheten om miljöns betydelse för hälsa och välbefinnande högt på agendan världen över, där även vårdmiljön inkluderas (Wijk 2014). Utifrån evidensbaserad kunskap finns förutsättningar för att utemiljön ska kunna utvecklas och bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för personer med olika behov och funktionsnedsättningar. I denna studie är målgruppen personer som drabbats av demenssjukdom. Sjukdomen leder bland annat till ökad risk för fallolyckor (Svenskt demenscentrum 2013) och nedsatt fysisk aktivitet (Pettersson 2005). Det är glädjande att det finns forskning som visar att de som är sjukast och svagast också är de som är känsligast för den omgivande miljön och att i dessa sammanhang är även de positiva effekterna av goda miljöer som störst (Bengtsson & Grahn 2014a; Björkqvist 2009). Ytterligare fördelar är att genomförande av fysisk aktivitet utomhus bidrar till ytterligare hälsoeffekter, jämfört med genomförande inomhus (Forss & Löf 2003; Küller & Küller 1994) samt att evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet kan minska fallrisken hos personer med demenssjukdom (Littbrand 2011; Toots et al. 2016).

I denna studie utvecklas, genomförs och utvärderas en process om hur utemiljö kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet och fallprevention, vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom. I bakgrunden beskrivs innehåll som anses vara relevant för läsaren för att få en god ingång i studien. Bakgrunden avslutas med studiens problemformulering, syfte, frågeställningar och avgränsningar. Metoden beskriver tillvägagångsen för att utveckla, genomföra och utvärdera en process för hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön. I resultatdelen redovisas resultaten över utvecklingen, genomförandet och utvärderingen av processen och därefter diskuteras de i diskussionsdelen. I studiens diskussionsdel reflekterar även jag över utemiljöns betydelse i det fortsatta kommunala arbetet samt över studiens metod. Studien avslutas med slutsatser och förslag på vidare forskning.

## 3. BAKGRUND

---

I detta kapitel presenteras studiens utgångspunkter; *bakgrund, problemformulering, syfte, frågeställningar* och *avgränsningar* som ligger till grund för studien om "Utemiljö som vårdmiljö".

### 3.1. Bakgrund

I detta avsnitt presenteras fakta om demenssjukdom, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom samt statistik från Vellinge kommun kring fallolyckor, fallprevention, fysisk aktivitet och utevistelse.

#### 3.1.1. Personer med demenssjukdom i Sverige

Ca 160 000 personer lever med en demensdiagnos i Sverige (Socialstyrelsen 2014). Demenssjukdom är den fjärde största folksjukdomen i Sverige och varje år drabbas ca 20 000 personer och frekvensen ökar starkt med stigande ålder (Alzheimer Sverige 2016). Ca 1% av personer vid 65 års ålder drabbas av demenssjukdom. Vid 90-års ålder drabbas 50% av demenssjukdom (SBU 2006). Det finns för närvarande ingen specifik förebyggande behandling av sjukdomen. Demenssjukdomens utveckling kan fördröjas om personerna kan bibehålla ett aktivt liv. God livskvalitet är också ett viktigt mål för omvårdnad av personer med demenssjukdom (SBU 2006). Kostnaden för svensk demensvård uppgår till ca 63 miljarder kronor per år eller ca 400 000 kr per år och demenssjuk person, där de kommunala kostnaderna är de högsta, ca 78% (Socialstyrelsen 2014). I Sverige är det möjligt för personer med demenssjukdom att bo på vård- och omsorgsboenden, om vårdbehoven bedöms vara så omfattande att de inte går att tillgodose i det ordinära hemmet (Vellinge kommun 2017a). Oavsett boendetyp är det av betydelse att personer med demenssjukdom får en så god vård och omsorg som möjligt (Socialstyrelsen 2010). Delvis kan det ske genom att personal som arbetar inom vård och omsorg arbetar utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

#### 3.1.2. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har upprättat nationella riktlinjer för vård och omsorg inom flertalet områden, däribland avseende demenssjukdom. De nationella riktlinjerna ska ge stöd för prioriteringar vid resursfördelningar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som är mest effektiva. Riktlinjerna ger rekommendationer på gruppnivå. De *nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom* har publicerats vid ett tillfälle, 2010. I riktlinjerna rangordnas åtgärderna från prioritet 1–10, där siffran 1 innebär en åtgärd med störst angelägenhetsgrad och siffran 10 innebär mycket liten nytta (Socialstyrelsen 2010). I tabell 1 presenteras de riktlinjer som är relevanta för denna studie.

Tabell 1: Socialstyrelsens rekommendationer för personer med demenssjukdom avseende miljö, fallrisk, fysisk aktivitet och utevistelse.

Prioritet	Hälso- och sjukvården samt Socialtjänsten bör:
Prioritet 1	Erbjuda en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet och där man kan få ett meningsfullt innehåll i dagen.
	Regelbundet bedöma fallrisken genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk.
	Erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet.
Prioritet 2	Erbjuda möjlighet till utomhusvistelse.
Prioritet 5	Erbjuda kombinerad träning som är individuell, funktionell och med medelhög till hög intensitet.
Prioritet 7	Erbjuda möjlighet till fysisk träning i form av individanpassade träningspromenader.

### 3.1.3. Fallolyckor och fallprevention i Vellinge kommun

I de tre kommande avsnitten redovisas statistik från Vellinge kommun som berör fallolyckor, fallprevention, fysisk aktivitet och utevistelse.

#### 3.1.3.1. Fallpreventivt arbete genom fysisk aktivitet

Fallolycka är en av de allvarligaste olyckstyperna och den drabbar ofta äldre personer (Socialstyrelsen 2009). Enligt de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom är regelbundna bedömningar av fallrisker av högsta prioritet, för att kunna kartlägga och åtgärda dem. Forskning visar att det går att minska förekomsten av fall med 20–40 % genom förebyggande åtgärder (Lundin-Olsson & Rosendahl 2008). En fallförebyggande åtgärd är fysisk aktivitet (Littbrand 2011; Toots et al. 2016). Utifrån Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) avseende *Metoder för att främja fysisk aktivitet*, dras slutsatsen att: "Kunskapen är begränsad om hur och i vilken omfattning man inom hälso- och sjukvården arbetar för att främja patienternas fysiska aktivitet" (SBU 2007 s. 236).

Vellinge kommun arbetar fallpreventivt och strategiskt för att förhindra risk för fallolyckor (Vellinge kommun 2016). En stor del av det fallpreventiva arbetet utgörs av det nationella kvalitetsregistret Senior alert (Senior alert 2016). Statistikuttag från Senior alert-registret gjordes mellan 2013-01-01 och 2016-04-04. Syftet var att belysa antalet riskbedömningar som skett, hur många av dem som har fallrisk konstaterad och i vilken utsträckning åtgärden muskelfunktions- och styrketräning planerats. Åtgärden *muskelfunktions- och styrketräning* utgörs av de fysiska aktivitetsmomenten: styrketräning, balansträning, gångträning, träning av fysisk prestationsförmåga samt annan åtgärd av muskelfunktions- och styrketräning, vilka i denna studie får representera begreppet *fysisk aktivitet*. Resultatet visar att av 521 stycken registrerade riskbedömningar, konstateras fallrisk vid 430 stycken tillfällen (83%). Den planerade åtgärden muskelfunktions- och styrketräning planeras vid 124 stycken tillfällen (29%), men genomförs endast vid 69 stycken tillfällen (56%). Detta betyder att av 430 stycken fallriskbedömningar där fallrisk konstaterats, genomförs åtgärden muskelfunktions- och styrketräning vid 69 stycken tillfällen (16%) (diagram 1).

#### Andel fallriskbedömningar där fallpreventiva åtgärden *muskelfunktions- och styrketräning* genomförts



Diagram 1: Andel konstaterade fallriskbedömningar där åtgärden muskelfunktions- och styrketräning genomförts, enligt statistik från Senior alert.

Datum för uttag av statistik var 2016-04-20. Sökparametrar som användes vid statistikuttaget var: organisation, registrerade riskbedömningar, riskbedömningar där risk för fall konstaterats, registrerade planerade åtgärder och utförda åtgärder avseende åtgärden muskelfunktions- och styrketräning. Statistiken som redovisas i detta stycke tar inte hänsyn till ifall den fysiska aktiviteten har skett utomhus eller inomhus.

#### 3.1.3.2. Fallolyckor utomhus och inomhus

Utevistelse mår alla människor bra av, oavsett ålder och hälsotillstånd (Statens folkhälsoinstitut 2005). Statistik över fallolyckor för personer boendes på Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden har tagits fram i syfte att belysa antalet fallolyckor kopplade till utomhus- respektive inomhusmiljö. Resultatet visar att under perioden 2010-11-01 till 2016-04-04 har det skett 3382 stycken registrerade fallolyckor. Utav dessa 3382 registrerade fallolyckor har 50 stycken (1 %) skett utomhus och resterande inomhus (diagram 2).

#### Andel fallolyckor inomhus respektive utomhus (%)

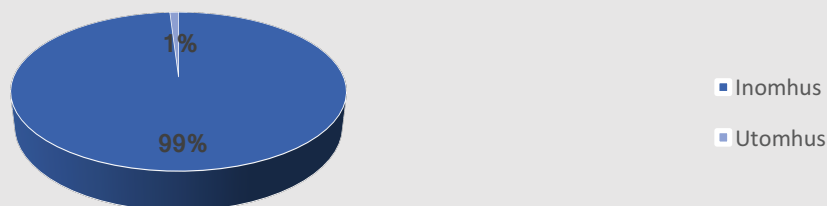


Diagram 2: Andel fallolyckor som skett utomhus respektive inomhus, enligt Vellinge kommuns interna fallregistrering.

Datum för uttag av statistik var 2016-04-20. Sökparametrar som användes vid statistikuttaget från journalsystemet Procapita var: organisation, plats, orsak och tid. Ytterligare möjlighet att förstå omfattningen av genomförande av fysisk aktivitet och utevistelse finns genom statistikuttag kring dess nyttjandegrad, via kvalitetsregistret BPSD-registret.

#### 3.1.4. Nyttjandegrad av åtgärdsinsatserna fysisk aktivitet och utevistelse i Vellinge kommun

De personer som bor på Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden och har en demensdiagnos kan bedömas och registreras i det nationella BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid



Demens). Syftet med att kartlägga symtom och planera relevanta åtgärder är att minska BPSD-problematik, som kan uppstå i samband med demenssjukdom (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens 2016). Statistikuttag från BPSD-registret gjordes mellan 2010-11-01 och 2016-04-04, i syfte att belysa antalet tillfällen som åtgärdsparametrarna fysisk aktivitet och utevistelse planerats. Resultatet visar att åtgärden fysisk aktivitet har totalt planerats vid 18 stycken tillfällen (17%) och utevistelse vid 27 stycken tillfällen (25%), av totalt 109 rekommenderade åtgärder (diagram 3).

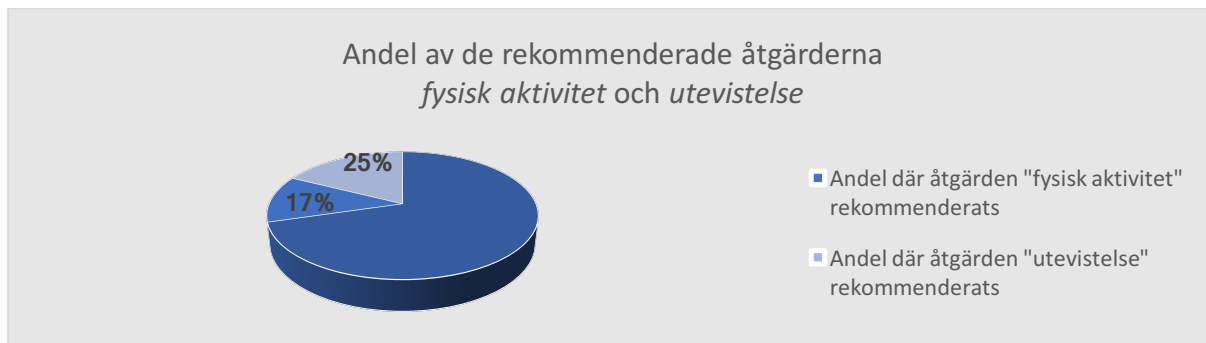


Diagram 3: Andel där åtgärderna fysisk aktivitet och utevistelse har rekommenderats, enligt statistik från BPSD-registret.

Noteras bör att statistiken inte säger något om genomförandegraden. Datum för uttag av statistik var 2016-04-20. Sökparametrar som användes vid statistikuttaget var: organisation, totalt rekommenderade åtgärder, åtgärden fysisk aktivitet och åtgärden utevistelse.

## 3.2. Problemformulering

Det finns gott om evidens som styrker den fysiska aktivitetens hälsofrämjande effekter (FYSS 2015a; FYSS 2015b; Littbrand 2011; Toots et al. 2016) samt att den kan utgöra fallprevention (FYSS 2015c) för personer med demenssjukdom. Detta betyder att det finns ett samband mellan fysisk aktivitet och fallprevention, som enligt mig är en outnyttjad resurs för att minska antalet fallolyckor. Trots omfattande evidens genomförs inte fysisk aktivitet i någon större omfattning enligt statistik från Senior Alert, även om statistiken från Vellinge kommun visar antalet fallolyckor för personer boendes på vård- och omsorgsboendena är många. Det finns även gott om evidens om hälsofrämjande fördelar med utevistelse och genomförande av fysisk aktivitet utomhus. En positiv fördel är att det gynnar flertalet funktioner i kroppen (Forss & Löf 2003; Küller & Küller 1994) och en annan är att koncentrationsförmågan ökar (Kaplan & Kaplan 1989), vilket gynnar genomförandet av fysisk aktivitet. En tredje fördel är att återhämtning sker snabbare i hälsofrämjande gröna utemiljöer (Ulrich 1999). Trots dessa fördelar genomförs inte interventionen utevistelse heller i någon större omfattning, enligt statistik från BPSD-registret. En annan aspekt att beakta är Socialstyrelsens (2010) starka rekommendationer om både fysiska aktivitet och utevistelse. Personer som bor på vård- och omsorgsboenden är oftast hänvisade till den utomhusmiljö som finns i direkt anslutning till vård- och omsorgsboendet, vilken på så vis kan sägas utgöra en del av personernas vårdmiljö. I Sverige har vårdmiljöns betydelse börjat uppmärksammas alltmer och anses bland annat kunna påverka patienters hälsa och beteenden (Bergbom 2014; Edvardsson & Sandman 2014). Hälso- och sjukvården har också blivit mer kunskapsorienterad och det finns ökade krav på evidens och god vårdarkitektur för miljöer som utgör vårdmiljöer (Socialstyrelsen 2010; Ulrich et al. 2010). Min uppfattning är att det ibland förekommer ändamålsenliga utomhusmiljöer vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom, men att de sällan är en integrerad del av vårdmiljön och nyttjas till fallpreventiv fysisk aktivitet. Kanske är det så att utemiljöerna i sig också utgör fallrisker för personer med demenssjukdom. Denna studie vill därför utveckla, genomföra och utvärdera

en process för hur utemiljön vid vård- och omsorgsboenden kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet och fallprevention, för personer med demenssjukdom.

### 3.3. Syfte

Syftet med studien är att utveckla, genomföra och utvärdera en process för hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet och fallprevention, vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom.

### 3.4. Frågeställning

Hur kan en process utvecklas, genomföras och utvärderas för hur utemiljön vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön, med fokus på fysisk aktivitet och fallprevention?

### 3.5. Avgränsningar

I avsnittet nedan beskrivs de avgränsningar som jag har valt att göra, i syfte att begränsa dess omfattning.

#### 3.5.1. Studiens målgrupp

Studien inriktar sig på målgruppen *personer med demenssjukdom*, även om det på Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden bor både personer med demenssjukdom och personer utan demenssjukdom.

#### 3.5.2. Deltagarna i processen

Deltagarna i processen har utgjorts av *representanter för Vellinge kommun* samt *aktivitetsledare och verksamhetschefer vid vård- och omsorgsboendena*. Deltagarna arbetar på olika organisatoriska plan för eller med personer med demenssjukdom. Dessa personer är nyckelpersoner i Vellinge kommun i arbetet med personer med demenssjukdom. Ett alternativ kunde vara att involvera personer med demenssjukdom i studien. En viktig faktor för att de inte involverades var på grund av att deras nedsatta kognition, skulle kunna göra det svårt att få ett adekvat resultat. Ytterligare ett alternativ kunde vara att låta anhöriga delta i studien, men det ansågs inte heller relevant utifrån att studien ville fokusera på de som arbetar med personer med demenssjukdom och som är professionella inom området.

#### 3.5.3. Gåtur och platsanalyser i utemiljöerna

I Vellinge kommun finns det sex vård- och omsorgsboenden (Månstorps Ängar, Eskilsgården, Kronodalsgården, Postiljonen, St Knut och Aspen) med tillhörande utemiljöer. Dock kommer Kronodalsgården och dess utemiljö exkluderas från gåtur och platsanalys, då boendet kommer att rivas inom kort och ersättas av ett nytt vård- och omsorgsboende.

### 3.5.4. Statistik från Vellinge kommun

Om en person råkar ut för en fallolycka och är inskriven i Vellinge kommuns hälso- och sjukvård, skrivs en fallrapport som registreras i det lokala journalsystemet Procapita. I samband med uttag av statistik över fallolyckor i Vellinge kommun finns begränsningen att samtliga fallolyckor presenteras och dessa går inte att sortera utifrån personer med respektive utan demensdiagnos. Vellinge kommun arbetar även med de två nationella kvalitetsregistren Senior alert och BPSD-registret. Vid statistikuttag i kvalitetsregistren Senior alert och BPSD-registret har jag enbart valt att fokusera på parametrar som fokuserar på fallolyckor, fysisk aktivitet och utevistelse. Detta innebär att den statistik som redovisas i diagram 1-3 redogör för andel fallriskbedömningar där åtgärden muskelfunktions- och styrketräning genomförts, andel fallolyckor som skett utomhus respektive inomhus samt andel av de rekommenderade åtgärderna fysisk aktivitet och utevistelse.

### 3.5.5. Processavgränsning

I samband med att de delmoment som ingår i studien hade identifierats, bestämde jag att inga fler delmoment fick tillföras. Anledningen till detta beslut grundade sig på att processen annars skulle kunna fortsätta i det oändliga (Denscombe 2014). Exempelvis skulle det kunna innebära att i takt med att processen genomförandes, skulle jag ha kunnat identifiera ytterligare delmoment som ansågs vara av värde för processen.

## 4. TEORETISKT RAMVERK

---

I följande avsnitt presenteras tidigare forskning om *fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom*, *fördelar med att genomföra fysiska aktiviteter utomhus*, *fallolyckor och fallprevention*, utemiljö som vårdmiljö samt *kvalitetssäkrade vårdmiljöer genom evidensbaserad hälsodesign*. Avsnittet avslutas dels med *fysisk aktivitet i relation till vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi* och dels med ett *ICF-perspektiv på fysisk aktivitet och omgivningsfaktorer i relation till evidensbaserad hälsodesign*.

### 4.1. Fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom

Demenssjukdom påverkar inte skelett eller muskulatur, däremot påverkas nervsystemet vilket leder till nedsatt rörelseförmåga hos de drabbade, bland annat med sämre balans samt förlångsamt tempo vid gång och förflyttningar (Hjälpmiddelsinstitutet 2009; Pettersson 2005). Fysisk aktivitet är hörnstenen i geriatrisk rehabilitering liksom i förebyggande hälsovård för äldre (Aniansson et al. 2001). Fysisk aktivitet har en bevisad positiv påverkan på benstyrka och gångförmåga hos personer med demenssjukdom. Fysisk aktivitet har även gynnsam effekt på balansen (Littbrand 2011; Toots et al. 2016). En intressant aspekt är dock att träning som förbättrar balans och benstyrka hos personer med demenssjukdom, inte är kopplat till minskad fallrisk i samma utsträckning som hos personer utan demenssjukdom (FYSS 2015b). Detta kan tolkas som en indikation på att det är fler delar än balans och benstyrka som utgör fallriskfaktorer för patientgruppen, exempelvis visar forskning att vårdmiljöns design kan utgöra en sådan faktor (Centrum för vårdens arkitektur 2012). Flera studier visar att fysisk aktivitet kan förhindra/fördröja försämring av, eller till och med förbättra ADL (aktivitet i dagliga livet)-förmågan hos personer med demenssjukdom (Littbrand 2011; Rolland et al. 2007; Heyn et al. 2004). Demenssjukdom medför även nedsatt kognitiv förmåga, vilket resulterar i en successivt försämrad fysisk funktionsförmåga och att personen blir mer fysiskt inaktiv. Behovet av fysisk aktivitet hos personer med demenssjukdom skiljer sig inte från den övriga befolkningen, men personer med demenssjukdom kan ha svårt att tillgodose sitt behov på egen hand (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens 2013).

#### 4.1.1. Evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet

Enligt forskning kan fysisk aktivitet, som fallprevention, för personer med demenssjukdom utföras enligt:

- Regelbundet träna vardagliga och funktionella rörelsemoment, enligt HIFE-program (High-Intensity Functional Program), som utförs med hög intensitet, vilket bland annat leder till förbättrad balansförmåga (Littbrand 2011; Toots et al. 2016). Träningen bör ske i pass om 45 minuter och utföras två till tre gånger per vecka, för att uppnå effekt (Toots et al. 2016).
- Gå individuella promenader om minst 30 minuter för att få bättre gångförmåga (Ghannad 2016-05-18; SBU 2006; Tappen et al. 2000).
- Kontinuerligt träna för bibehållen effekt (Littbrand 2011).

Toots konstaterar att: *"Regelbunden träning har en positiv effekt för personer med demens och borde därför vara en del av vården på äldreboenden. Studier som den här (förf. anm.: Toots et al. 2016) är ovanliga, men ger oss viktiga insikter att bygga vidare på för att utveckla en demensvård som på ett kostnadseffektivt sätt möter framtidens utmaningar och gör att personerna kan förbli självständiga längre"* (Umeå universitet 2016).

## 4.2. Fördelar med att genomföra fysisk aktivitet utomhus

Att vistas utomhus medför flera positiva hälsoeffekter (Forss & Löf 2003; Küller & Küller 1994; Mitchell & Popham 2008; Stigsdotter & Grahn 2011) och innebär inga negativa biverkningar (Berglund 2014). Att utföra fysisk aktivitet utomhus har många fördelar, exempelvis hjälper promenader i grönområden personer med demenssjukdom att bibehålla olika kroppsfunktioner och färdigheter (De Bruin et al. 2009). Andra fördelar med utevistelse är ökad koncentrationsförmåga (Kaplan & Kaplan 1989), vilket gynnar genomförandet av fysisk aktivitet samt att återhämtning sker snabbare i hälsofrämjande gröna utemiljöer (Ulrich 1999).

Hälsoeffekter av utevistelse och att utföra fysisk aktivitet utomhus för personer med demenssjukdom kan ses inom områdena:

- *Sömn*: Ökad och förbättrad sömnkvalitet (Calkins, et al. 2007; Detweiler et al. 2008) samt normaliserad dygnsrytm (Socialstyrelsen 2013), vilket ger goda förutsättningar för att vara fysisk aktiv.
- *Aptit*: Bättre aptit (Hernandez 2007), vilket också medför goda förutsättningar för att orka vara fysisk aktiv.
- *Välbefinnande och autonomi*: Ökad förmåga att utföra aktiviteter, ökad självkänsla, minskad känsla av underlägsenhet (Rappe & Topo 2007; Thelander et al. 2008), frihetskänsla och ökat välbefinnande (Duggan et al. 2008; Socialstyrelsen 2013), vilket kan bidra till ökad självständig fysisk aktivitet.
- *Social interaktion*: Ökad social gemenskap (Duggan et al. 2008; Rappe & Topo 2007) och ökad besöksfrekvens, speciellt yngre släktingar är mer villiga att besöka sina äldre släktingar när de får möjlighet att umgås utomhus (Hernandez 2007), vilket i sin tur leder till ytterligare möjligheter för fysisk aktivitet, exempelvis i form av gemensamma promenader.

## 4.3. Fallolyckor och fallprevention

Risken att falla är ungefär dubbelt så hög för personer med demenssjukdom som för äldre utan kognitiv nedsättning. Nio av tio personer med demenssjukdom som läggs in på sjukhus på grund av skada har skadats genom en fallolycka (Svenskt demenscentrum 2013). I Sverige dör i snitt mer än tre äldre personer till följd av fallolyckor varje dag. Fallolyckor medför stora kostnader för samhället, ca 14 miljarder kronor per år uppskattas samhällets kostnader för fallolyckor bland äldre. Dessa kostnader kommer att öka i omfattning om inte effektiva förebyggande åtgärder genomförs. Uppskattningsvis beräknas kostnaderna öka till drygt 22 miljarder kronor år 2050 om utvecklingen fortsätter i nuvarande omfattning (Folkhälsomyndigheten 2016). Enligt uppföljningar faller nästan hälften av alla personer över 80 år en gång per år eller mer, ofta med permanenta skador som följd. En viktig orsak till att fallolyckor är så vanligt i hög ålder tros vara den rädsla den äldre personen upplever för att ramla igen vilket resulterar i ett osäkert gångmönster (Sveriges kommuner och landsting 2009). Genom att arbeta fallpreventivt, kan förekomsten av fall minskas (Lundin-Olsson & Rosendahl 2008). Fallpreventivt arbete kan exempelvis vara att arbeta utifrån det nationella kvalitetsregistret Senior alert, som innebär att fallrisker identifieras och därefter kan minimeras (Senior alert 2016) samt att en kartläggning av den fysiska miljön genomförs och eventuella åtgärder vidtas.

## 4.4. Utemiljö som vårdmiljö

En demensvänlig utemiljö är en utemiljö som bland annat är anpassad utifrån att minska risken för fallskador för personer med demenssjukdom (Burton, Mitchell & Raman 2004). En vårdande miljö är en miljö som generellt ska ge patienter skydd och där patienter kan få kraft att återhämta sig och återfå hälsa och välbefinnande (Ylikangas 2002, 2007). En vårdmiljö i utomhussammanhang ska kunna stödja människor i olika sinnesstämningar och tillstånd (Abramsson & Tenngart 2003; Bengtsson & Carlsson 2006). För personer med demenssjukdom som är beroende av vård- och omsorgsinsatser vid vård- och

omsorgsboenden är det viktigt att de erbjuds möjlighet att själva kunna välja när de vill kunna utföra fysisk aktivitet utomhus, som ett alternativ till att vistas inomhus och där genomföra den. Utemiljön i sig ska också vara säker att använda (Bengtsson & Grahn 2014a), det vill säga fallrisker i den ska minimeras.

## 4.5. Kvalitetssäkrade vårdmiljöer genom evidensbaserad hälsodesign

Begreppet *evidensbaserad hälsodesign* är en erkänd metod för att kvalitetssäkra vårdmiljöer och bör ligga till grund för vårdmiljöers utformning, såväl inomhus som utomhus (Ulrich et al. 2010), i syfte att exempelvis minimera fallrisker i själva vårdmiljön. *"Den stora utmaningen är att veta vad man skall bygga och hur det skall utformas och utrustas, det vill säga hur vårdmiljön ska på bästa sätt kunna stödja patienternas och verksamhetens behov"* (Fröst 2014 s. 278), vilket pekar på att det finns utmaningar i vårdmiljöns utformning för att exempelvis motverka fallolyckor och inbjuda till fysisk aktivitet.

## 4.6. Vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi

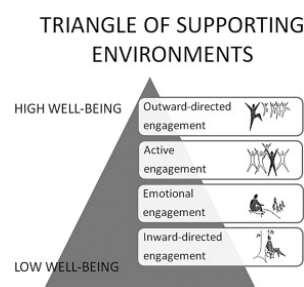
Följande avsnitt redogör för vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi. De teorier som presenteras är *behovspyramiden* och *fyra zoner med kontakt av utemiljön*.

### 4.6.1. Behovspyramiden

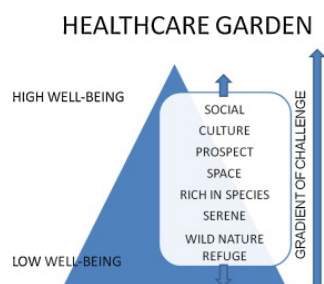
Grahn har i sin forskning kommit fram till en teori om hur personens behov av den fysiska och sociala omgivningen hänger samman med dennes förmåga att hålla sig frisk (Bengtsson & Grahn 2014b). Mår en person psykiskt dåligt, verkar det som att behovet av en skyddande natur är som störst och ju bättre personens hälsotillstånd blir, desto mer orkar personen integrera med andra människor på mer öppna ytor. Denna teori kallas *behovspyramiden* och illustreras i figur 1. De fyra olika nivåerna i behovspyramiden är: utåtriktad engagemang, aktivt deltagande, emotionellt deltagande och inåtriktad deltagande (Bengtsson & Grahn 2014b; Grahn & Ottosson 2010). Grahn menar vidare att det finns åtta olika karaktärer av natur och att människor med olika behov söker sig till olika platser (Grahn & Ottosson 2010).

De åtta naturkaraktärerna kännetecknas av:

- *Social*: En social mötesplats.
- *Kultur*: Tecken av mänskligt arbete och mänskliga värden genom historien.
- *Öppning*: Öppen plats med vyer.
- *Rymd*: Som att kliva in i en annan sammanhängande värld.
- *Artrik*: Variation av flora och fauna.
- *Skydd*: En fristad, en avskild plats.
- *Vild natur*: Fascination i det vilda.
- *Rofyll*: Fridfull, tyst, trygg och säker (Grahn et al. 2010).



Figur 1: Grahns behovspyramid.  
Källa: Bengtsson & Grahn (2014b).



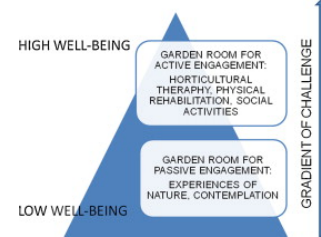
Figur 2: De åtta naturkaraktärerna integreras i behovspyramiden.  
Källa: Bengtsson & Grahn (2014b).



Grahn har även integrerat behovspyramiden med de åtta naturkaraktärerna (figur 2) (Grahn 1992; Berggren-Bärring & Grahn 1995; Stigsdotter & Grahn 2003; Grahn & Stigsdotter 2010; Adevi & Grahn 2011), vilket har lett fram till en forskning om att ju fler av dessa naturkaraktärer som representeras i en utemiljö, desto populärare blir den. Modellen går att applicera vid anläggning av utemiljöer i vårdssammanhang, då de olika naturkaraktärerna svarar mot olika stadier i hälsoprocessen (Grahn & Ottosson 2010). Utifrån detta perspektiv är det därför av betydelse att så många naturkaraktärer som möjligt finns representerade i en utemiljö som fungerar som vårdmiljö. I senare forskning har även trädgårdsrum för aktivt och passivt engagemang integrerats i behovspyramiden, tillsammans med en gradient av utmaning (figur 3) (Bengtsson & Grahn 2014b). Det har utvecklats två designbegrepp för att utformningen av utemiljöer ska tillgodose både patienternas unika behov och deras önskemål. Det första begreppet är *varsam design*. Den varsamma designen utgår ifrån patientens unika behov av att känna sig bekväm i utemiljön och som ser till att utemiljön är tillgänglig, trygg och säker. Det andra begreppet är *inspirerande design*. Begreppet utgår ifrån patienternas önskan om att ha kontakt med naturen och ser till att det finns aktiviteter och upplevelser som lämpar sig (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg 2005; Bengtsson & Carlsson 2006). Dessa begrepp har också integrerats i behovspyramiden (figur 4).

- *Kvaliteter för varsam design*: Nära och enkelt, Erbjudande vid olika väder, Trygghet och säkerhet, Avgränsning, Välkänd samt Orientering.
- *Kvaliteter för inspirerande design*: Kontakt med livet i omgivningen, Sociala möjligheter, Meningsfulla aktiviteter, Kultur och anknytning till det förlutna, Symbolism, Utsikt mot grönska, Rymd, Artrikedom, Sinnlig njutning av natur, Årstidsväxlingar, Rofyllighet, Vild natur samt Avskildhet (Bengtsson & Grahn 2014a).

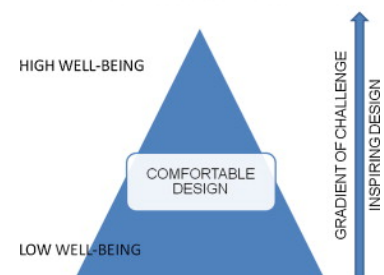
#### HEALTHCARE GARDEN



Figur 3: Behovspyramiden kopplad till typ av trädgårdsrum och en gradient av utmaning.

Källa: Bengtsson & Grahn (2014b).

#### HEALTHCARE GARDEN



Figur 4: Behovspyramiden i relation till varsam och inspirerande design.

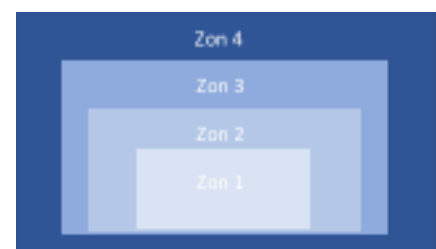
Källa: Bengtsson & Grahn (2014b).

### 4.6.2. Fyra zoner med kontakt av utemiljön

För personer som befinner sig i ett vårdssammanhang, med särskilda behov, behövs en medveten design för att utemiljön ska vara hälsofrämjande och för att den ska kunna bli en del av vårdmiljön. Vid analys av miljöer vid vårdinrättningar, finns det enligt forskning fyra aspekter som är användbara för att få en så heltäckande analys som möjligt.

Dessa fyra aspekter är (figur 5):

- *Zon 1*: Kontakten med utemiljön inifrån byggnaden (exempelvis via fönstren).
- *Zon 2*: Övergångszonen mellan inne och ute (exempelvis via vinterträdgård eller balkong).
- *Zon 3*: Den egna utemiljön (exempelvis trädgård eller park).
- *Zon 4*: Omkringliggande omgivningen (Bengtsson & Grahn 2014b).



Figur 5: De fyra kontaktzonerna. Källa: Bengtsson & Grahn (2014b).

### 4.7. Fysisk aktivitet i relation till vetenskapliga teorier inom miljöpsykologi

Martin Luther (1480-1546) lär har uttalat: "Musik jagar förtret och melankoli på flykten; gymnastik skapar

en frisk, stark och robust kropp” (Holmström et al. 1993). Gymnastik, eller i dagligt tal fysisk aktivitet, har varit av stor betydelse inom utvecklingen av den svenska medicinala gymnastiken. Att träna hela kroppen och utföra övningar som är funktionella har varit utgångspunkten. Under 1800-talet blev det tydligt att folkets hälsa var avgörande för samhällets överlevnad och en sundhetsrörelse drog in över Sverige. En utav de mest framträdande personerna var Per Henrik Ling, som är upphovsmannen till den svenska gymnastiken och sjukgymnastiken. Träningens betydelse för människans hälsa stod i fokus och rörelseprogram utvecklades för att gynnsamt träna utifrån de anatomiska förutsättningarna. Kurorter växte fram och de var placerade vid havet, uppe i fjällen eller på annan naturskön plats, då naturen i sig ansågs ha hälsofrämjande effekter på människans mående. År 1793 publicerade den tyske kroppsövningspedagogen Guts Muths en skrift om funktionella gymnastikrörelser. I sin skrift förespråkande han också att alla övningar skulle genomföras utomhus (ibid.). Vad var det dessa kurortsgrundare och Guts Muths visste om naturens påverkan på människans hälsa och som dagens forskare inom miljöpsykologi försöker finna svaren på? Det har på senare tid blivit allt tydligare att utomhusmiljön är viktig i vårdsammanhang för att möjliggöra för äldre att förbli aktiva (FYSS 2015d). Nedan följer en beskrivning av den fysiska aktiviteten i relation till de miljöpsykologiska teorierna behovspyramiden och fyra zoner med kontakt av utemiljön. Beskrivningen förklarar betydelsen av att personer med demenssjukdom som bor på vård- och omsorgsboenden har tillgång till utemiljöer som dels är stödjande i samband med utövande av fysisk aktivitet och som dels möjliggör för kontakt med utemiljöns olika zoner vid utövande av fysisk aktivitet.

#### 4.7.1. Fysisk aktivitet och behovspyramiden

Genom att koppla fysisk aktivitet till behovspyramiden, synliggörs betydelsen av att utemiljöer i vårdsammanhang ska kunna erbjuda möjlighet till deltagande i pyramidens olika nivåer, i samband med utförande av fysisk aktivitet. De olika nivåerna kan sägas spegla människans behov av dels valmöjlighet och dels tillgång till olika kvaliteter av stödjande utemiljö. Utifrån perspektivet personer med demenssjukdom, där deras kognitiva funktioner försämras ju längre sjukdomen fortskrider, är det avgörande att utemiljöns utformning och innehåll underlättar för genomförande av fysisk aktivitet. Nedan ges några exempel:

- *Utåtriktad engagemang:* Nivån innebär att utemiljön tillmötesgår personer så att de kan ta egna initiativ och självständigt utföra önskad typ av fysisk aktivitet. Det kan också innebära att dessa personer inspirerar andra att också delta i den fysiska aktiviteten. Exempelvis kan en äldre persons promenad i utemiljön vid ett vård- och omsorgsboende, leda till att ytterligare en person vill följa med och att de under promenaden stannar upp, fascinerats över det de ser i utemiljön och delar det med varandra. Ett sådant sammanhang, som medför reflektion, meningsfullhet och en slags livskvalitet där samtalet kopplas till naturen, går inte att återskapa inomhus.
- *Aktivt deltagande:* Nivån innebär att det finns utomhusmöjligheter för att integrera med andra personer i samband med fysisk aktivitet, exempelvis vid sittande och stående gruppgymnastik (Aniansson 2001). Ett annat sätt att vara fysisk aktiv på denna nivå är genom ledda grupp-promenader. Att promenera utomhus tillsammans med andra personer, under ledning av personal, innebär ett enkelt sätt att vistas i natur. Promenader utomhus i gemenskap med andra personer har också en positiv social dimension (Küller & Küller 1994; Ottosson 1997; Ottosson & Grahn 2010). Det är värdefullt att satsa på promenadgrupper (Aniansson et al. 2001). Detta betyder att det är av vikt att det finns goda möjligheter till dels större ytor där fysisk aktivitet kan utföras av många personer samtidigt och dels promenadmöjligheter i utemiljöerna.
- *Emotionellt deltagande:* Nivån innebär att det finns utemiljö som möjliggör för att kunna delta i fysisk aktivitet, men på distans till andra personer som också vistas utomhus. Exempel på sådan typ av fysisk aktivitet kan vara duocykling eller att utföra individuella träningsprogram (FYSS 2015b). Detta betyder att det ska finnas möjlighet att dra sig undan till natur i utemiljön som delvis skyddas från andra personers blickar men som också ger förutsättningar för att blicka ut över de andra personers genomförande av utomhusaktiviteter (Ulrich 1983; Ulrich et al. 1991).
- *Inåtriktad deltagande:* Att få promenera ensam i vild natur (eller möjligtvis med en nära vän/närstående/personal), med dess olika naturinslag inger trygghet, lugn och harmoni. Här är det

naturen/utemiljön som i sig är stödjande för individen (Ottosson 1997). Detta betyder att där det finns möjlighet att vistas i vild natur, ska tillfälle ges att personer med demenssjukdom ska få utföra fysisk aktivitet där.

Behovspyramidens fyra nivåer indikerar betydelsen av att utemiljöer vid vård- och omsorgsboenden kan erbjuda möjlighet till deltagande i pyramidens olika nivåer, i samband med genomförande av fysisk aktivitet. Samma resonemang gäller för kontakten med de fyra zonerna av utemiljö, vid utövande av fysisk aktivitet.

#### 4.7.2. Fysisk aktivitet och de fyra zonerna med kontakt av utemiljö

Det är viktigt att personer med demenssjukdom har tillgång till samtliga fyra zoner i utemiljön, när det kommer till att kunna utföra fysisk aktivitet utomhus vid vård- och omsorgsboenden. Det handlar om att ha valmöjligheter. En valmöjlighet om hur långt ut man vill kunna ta sig i utemiljön (eller hur långt ifrån inomhusmiljön man vill kunna ta sig) samt en valmöjlighet i att kunna välja typ av fysisk aktivitet som ska utföras och därmed ställs krav på utomhusmiljöns utformning. Ju större funktionella begränsningar en person med demenssjukdom har, desto mer begränsad blir personen i möjligheten att kunna förflytta sig självständigt mellan de fyra zonerna. I takt med att möjligheten till vistelse i utemiljöns perifera zoner minskas och därmed möjligheten till viss typ av fysisk aktivitet, blir det därför avgörande att de zoner som är närmre vård- och omsorgsboendet möjliggör för dels god kontakt med utemiljön och dels att det säkerställs att fysisk aktivitet även kan utföras där. Nedan ges exempel på möjlighet till fysisk aktivitet i de fyra olika zonerna och som visat sig vara av betydelse:

- **Zon 1:** Att kunna utföra fysisk aktivitet exempelvis manupedcykling (arm- och bencykel som används sittande i stol eller rullstol, foto 1), sittande styrketräning eller promenader inomhus med möjligheten att blicka ut över grönska (Ulrich, 1984). Detta betyder att träningslokaler i vårdsammanhang inte ska placeras i så kallade zon 0- rum, det vill säga rum utan fönster (Oher 2016). För att ta sig mellan zon 1 och zon 2 kan trappgång vara ett alternativ om det är nivåskillnader och på så sätt kan trappträning utgöra ett fysiskt aktivitetsmoment (Vårdalinstitutet 2008). Långvarigt sittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser (bensträckare) med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas (FYSS 2015d). För de personer med demenssjukdom som är påtagligt begränsade i sina funktioner och rullstolsburna, men ännu har ståfunktion kvar, är ståträning (med exempelvis hjälpmedel som överförflytningsplattformen Molift, foto 2) bra alternativ för att motverka långvarigt sittande. Ståträningen ska ske vid ett fönster, med utsikt över utemiljön med dess grönska och naturliga inslag. Om det är möjligt kan ståträningen stegras genom övningen tåhävningar. På så vis kombineras ledrörlighet med muskelarbete, vilket gynnar cirkulationen i benen.
- **Zon 2:** Ovannämnda ståträning kan också genomföras på en terrass, balkong eller i ett växthus. Skillnaden mellan att göra den inomhus (zon 1) och utomhus (zon 2) är endast att hjälpmedlet ska flyttas ut/finnas tillgängligt utomhus. För manupedcykling gäller samma resonemang. Fysisk aktivitet i form av individuell- eller gruppgymnastik, där moment som sittande styrketräning, sittande och stående balansträning/postural kontrollträning samt rörlighetsträning igår kan också ske på en terrass, balkong eller i ett växthus (FYSS 2015b). Här finns närheten till utemiljön och naturen, men markbeläggning och tillgänglighet är ofta mer tillrättalagd än i zon 3 och zon 4. Dessa komponenter ger goda förutsättningar för att kunna utföra fysisk aktivitet även om en persons funktioner börjar bli eller är påtagligt begränsade. Fysisk aktivitet i form av dans är också en fysisk aktivitet som med fördel kan ske i zon 2, likaså förflyttningsträning där momenten från liggande till sittande, från sittande till stående och vändningar ingår. Finns en trappa mellan zon 2 och zon 3 kan även den användas till fysisk aktivitet, i form av trappträning. Avslappningsövningar, med bland annat fokus på andning, lämpar sig också väl att genomföra på en terrass, balkong eller i ett växthus. I samband med fysisk aktivitet är det också viktigt att möjlighet ges till återhämtning. Återhämtning på en



Foto 1: Manupedcykel.  
Källa: Alfacare (2017).



Foto 2: Molift.  
Källa: Etac (2017).

terrass eller i en vinterträdgård är effektivt och kan hjälpa att komma i en lugnare sinnesstämning (Grahn & Ottosson 2010). För de personer med demenssjukdom där livet går mot sitt slut och som får palliativ vård, kan fysisk aktivitet i form av andningsträning utföras liggandes i vårdssäng i zon 2.

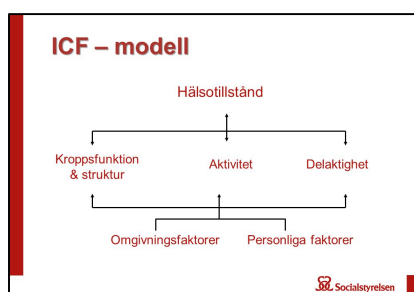
- **Zon 3:** Att kunna gå små och nära promenader runt vårdinstitutionen spelar en betydande roll. (Ottosson 1997). Behövs ett extra stöd kan stavgång vara ett bra sätt att utöva fysisk aktivitet i zon 3. Promenader, med eller utan stavar, ger också förutsättningar för att genomföra konditionsträning i zon 3 (Vårdalinstitutet 2008). Ett sätt att inbjuda till fysisk aktivitet kan vara genom att skapa en så kallad "hälsans stig", en förutbestämd promenadrund, där det går att stegra längd och svårighetsgrad på den fysiska aktiviteten (FYSS 2015d). Forskning rekommenderar även mer uppgiftsspecifik träning, där fokus är på motorisk inläring (i motsats till mer traditionella träningsprinciper där fokus är på förbättrade fysiska komponenter). Uppgiftsspecifik träning för äldre med gångsvårigheter kan ha god effekt på gångförmågan. Kanske är förklaringen att den uppgiftsspecifika träningen påverkar de kognitiva färdigheterna och att sådan träning kan vara lättare att överföra till dagliga aktiviteter (Brach et al. 2013). Uppdragsspecifik träning är en träningsform som lämpar sig att ske i zon 3, förutsatt att dels utemiljön är innehållsrik så att uppgifterna blir meningsfulla och dels att utemiljön inte utgör fallrisker.
- **Zon 4:** Möjlighet att promenera längre och längre bort från vårdinstitutionen, med risken det innebär att inte vara säker på att hitta tillbaka. Det gäller att göra en lagom avvägning – att våga lagom. Rädslan av att inte hitta tillbaka kan inte stoppa viljan till promenader. De dagliga promenaderna kan upplevas som livsviktiga (Ottosson 1997). Här kan även stavgång vara ett lämpligt alternativ om personen behöver ett extra stöd (Vårdalinstitutet 2008). Om antingen kognitionen eller den fysiska kapaciteten begränsar en persons möjlighet till fysisk aktivitet, är side-by-side-cykling (cykel där två personer sitter bredvid varandra och cyklar, foto 3) ett bra alternativ till fysisk aktivitet i zon 4. Ett annat sätt att genomföra fysisk aktivitet i zon 4 kan vara genom uppgiftsspecifik träning i samhället eller orientering, båda aktiviteterna bör ske tillsammans med personal.



*Foto 3: Sid-by-side cykel.  
Källa: Demensbutiken (2017).*

Ovan har fysisk aktivitet belysts i relation till två miljöpsykologiska teorier. Nedan följer en beskrivning av hur Världshälsoorganisationens ICF-komponenter (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) fysisk aktivitet och omgivningsfaktorer relaterar till evidensbaserad hälsodesign i en vårdmiljö utomhus.

## 4.8. ICF:s hälsokomponenter fysisk aktivitet och omgivningsfaktorer i relation till evidensbaserad hälsodesign i ett utomhusperspektiv



*Figur 6: ICF i relation till evidensbaserad hälsodesign.  
Källa: Socialstyrelsen 2003.*

ICF kan tillämpas vid analys av personers hälsotillstånd, för att enklare förstå hur olika hälsokomponenter sammanhänger med varandra. Det finns fem hälsokomponenter och dessa är: kroppsfunktion/struktur (kroppssystemens fysiologiska och psykologiska funktioner/anatomiska delar i kroppen), aktivitet (en persons genomförande av en handling), delaktighet (en persons engagemang i en livssituation), omgivningsfaktorer (utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken personen lever och verkar) och personliga faktorer (kontextuella faktorer som inte är klassificerade enligt ICF på grund av stora sociala och kulturella variationer) (figur 6). I studien "Utemiljö som vårdmiljö" är det intressant att belysa ICF:s hälsokomponenter fysisk aktivitet och

omgivningsfaktorer i relation till evidensbaserad hälsodesign. Omgivningsfaktorer samverkar med komponenterna kroppsfunktioner/kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. I det inledande avsnittet

om "Fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom", framkom att demenssjukdom påverkar personernas kroppsfunktioner, vilket ofta medför aktivitetsbegränsningar (svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter). Omgivningsfaktorerna finns "utanför" personen och kan ha positivt eller negativt inflytande på personens genomförande. Funktionshinder karakteriseras som en följd eller ett resultat av ett komplext samband mellan en persons hälsotillstånd och personliga faktorer samt av de yttre faktorer som representerar omständigheterna i vilken personen lever. Genom detta samband kan olika omgivningar ha mycket olika påverkan på en viss person med ett givet hälsotillstånd. En omgivning med hinder eller utan underlättande faktorer gör att personens genomförande av fysisk aktivitet begränsas. Andra omgivningar som är mer underlättande kan därmed förbättra och gynna genomförandet av fysisk aktivitet. Samhället kan på så vis hindra en persons genomförande genom att antingen skapa barriärer (exempelvis genom otillgängliga utemiljöer vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom) eller genom att inte tillhandahålla underlättande faktorer (exempelvis bristfällig tillgång till förflytningshjälpmedel) (Socialstyrelsen 2003). Utifrån detta perspektiv är det av största vikt att omgivningarna (utemiljöerna vid vård- och omsorgsboenden) som personer med demenssjukdom ska utföra fysisk aktivitet i, är utformade enligt evidensbaserad hälsodesign, då det står för en kvalitetssäkring av vårdmiljön. Det är även mycket viktigt att utemiljön designas utifrån målgruppens behov i kontakt med utemiljön. En omgivning (utemiljö vid vård- och omsorgsboende) som är underlättande kan på så vis gynna genomförandet av fysisk aktivitet. Primärt gynnas själva genomförandet av fysisk aktivitet och sekundärt minskar fallrisken, om den fysiska aktiviteten sker i enlighet med evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet.

## 5. METOD

---

I detta avsnitt presenteras studiens tillvägagångssätt som ligger till grund för datainsamlingen.

### 5.1. Aktionsforskning

Den övergripande metoden för att utveckla, genomföra och utvärdera en process för hur utemiljöer vid vård- och omsorgsboenden kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för personer med demenssjukdom, har varit *aktionsforskning*. Studien är till sin karaktär kvalitativ, där fokus ligger på mening och innebörd för en ökad förståelse för fenomenen (Alvehus 2013). Genom att kombinera olika metoder, så kallad *metodtriangulering* var förhoppningen att få en mångfasetterad beskrivning av fenomenen som skulle undersökas (Malterud 2009). De kvalitativa metoder som har triangulerats utgjordes dels av de pedagogiska metoderna föreläsningar och workshop samt dels av de miljöpsykologiska metoderna gåtur och platsanalyser.

Aktionsforskning som metod används både inom forskningsområdena pedagogik (Swedner 1996) och hälso- och sjukvård (Munn-Giddings 2008). Ett pedagogiskt mål med studien har varit att öka kunskapen hos deltagarna om utemiljöns betydelse som vårdmiljö, med fokus på fysisk aktivitet och fallprevention. Då aktionsforskning oftast används till att undersöka praktiska företeelser, lämpar sig metoden främst för småskalig forskning. På grund av det nära deltagandet av forskaren i datainsamlingen, bör denne undersöka områden som denne själv arbetar med och är väl insatt i. Att forskaren även är väl insatt i aktuell organisation är också av stor vikt (Denscombe 2014). Jag arbetar som sjukgymnast i Vellinge kommun och har ansvarat för rehabilitering av patienter vid flertalet av vård- och omsorgsboendena som inkluderas i studien och därmed skrivs studien utifrån ett introspektivt perspektiv (Psykologiguiden 2017). I samband med aktionsforskning är ett introspektivt tillvägagångssätt att föredra (Denscombe 2014). Vid användning av aktionsforskning som metod måste det finnas en medvetenhet om att det är en iterativ forskningsprocess, vilket innebär att den i teorin kan hålla på hur länge som helst, varför avgränsningar är viktiga (ibid.). I syfte att utveckla ny kunskap som kan verka till en förändring där utemiljön inkluderas i vårdmiljön och för att få en så god insyn i vårdarbetet med personer med demenssjukdom som möjligt, har samverkan skett med lokala aktörer (Swedner 1996).

Med utgångspunkt i mina egna reflektioner kring problemet att utemiljön sällan integreras i vårdmiljön på ett medvetet och strategiskt sätt samt bristerna avseende utemiljöernas utformning och innehåll, har processen inneburit ett samspel mellan forskning, aktion och utbildning. Aktionsforskning kan: "ses som en triangel vars hörn utgörs av aktion, forskning och utbildning och dessa är beroende av varandra" (Swedner 1996). Teoretisk kunskap har ställts mot praktisk erfarenhet och processen har dokumenterats och resultaten återkopplats till deltagarna (Eliasson 1995). Aktionsforskning som metod innebär vidare att något specifikt i en organisation undersöks, vilket betyder att det resultat som produceras oftast bara blir relevant i det sammanhang som det är framtaget ur. Utifrån beskrivningen om aktionsforskning som metod och vad som kan förväntas komma ut av att använda den, måste hänsyn tas till att det finns en kraftig begränsning i möjligheten att göra generaliseringar av resultatet. Detta eftersom att det i princip endast är applicerbart i just det sammanhanget, med just de deltagarna och de förutsättningarna (Denscombe 2014).



### 5.1.1. Triangulering av kvalitativa metoder

Som tidigare nämndes triangulerades både pedagogiska och miljöpsykologiska metoder i studien. Nedan beskrivs de fyra olika kvalitativa metodernas innebörd.

#### 5.1.1.1. Föreläsningar

Metoden föreläsning innebär att en sakkunnig person genomför ett längre och strukturerat muntligt anförande inför en grupp åhörare. Syftet med föreläsningar är att presentera information eller lära personerna om ett visst ämne (Wikipedia 2016).

#### 5.1.1.2. Workshop

Workshop som metod är en forskningsmetod där ett begränsat antal deltagare, som särskilt inbjudits på grund av speciell kompetens, träffas kring ett fokuserat tema och aktivt diskuterar ett forskningsområde, ett slags vetenskapligt arbetsmöte. Workshop är ett bra sätt för att få igång en grupp och för att skapa dialog (Metodbanken 2011a).

#### 5.1.1.3. Gåtur och platsanalyser

Metoden gåtur innebär att en grupp människor besöker en utemiljö och gör iakttagelser där. Gåtur som metod ger därmed möjlighet till dialog mellan exempelvis personer som är verksamma i utemiljön, fastighetsägare och personer med kompetens inom landskapsarkitektur. Genomförandet av en gåtur kräver noggranna förberedelser och för att få en meningsfull diskussion är det viktigt att fokusera på ett fåtal utvalda företeelser (De Laval 1998; Evans & Jones 2011; Ranger & Westerberg 2004).

För att förstå en utemiljö och dess förutsättningar är det viktigt att studera den och genomföra en så kallad platsanalys av den. En platsanalys innebär att relevant information om platsen samlas in. I platsanalysen studeras de befintliga elementen i utemiljön för att utföraren av den ska kunna skapa sig en helhetsförståelse av utemiljön samt för att få en ökad kunskap om vilka funktioner den har. Element som kan kartläggas är utemiljöns form, storlek, innehåll och exempelvis var dörrar mellan inne- och utemiljö är lokaliserade (Bengtsson & Grahn 2014a; Ching & Binggeli 2012; Lynch 1964).

### 5.1.2. Utvärderingsforskning

En delmetod för denna studie har varit *utvärderingsforskning*. Begreppet utvärderingsforskning används när det talas om att bedriva utvärdering av en pågående verksamhet, vanligen inom offentlig förvaltning, med vetenskapliga forskningsmetoder. Utmärkande för en formell utvärdering är att något värderas på ett systematiskt och genomtänkt sätt. Utvärderingen blir då en rationell process där det går att följa vissa metoder och utvärderaren försöker hålla kontroll på de olika stegen i bedömningsarbetet. Målet med utvärderingsforskning är att erhålla kunskap för att förklara, förstå eller förändra. Utvärderingens syfte är att producera en bedömning som fastställer värdet med det som utvärderas. Vid utvärderingsforskning är det forskaren själv som formulerar utvärderingsfrågorna. Bedömningen görs genom att tolka, beskriva och värdera utvärderingsobjektet på ett systematiskt sätt. I studien har även självutvärdering använts, där jag själv har utvärderat min egen upplevelse och erfarenhet (Karlsson 1999).

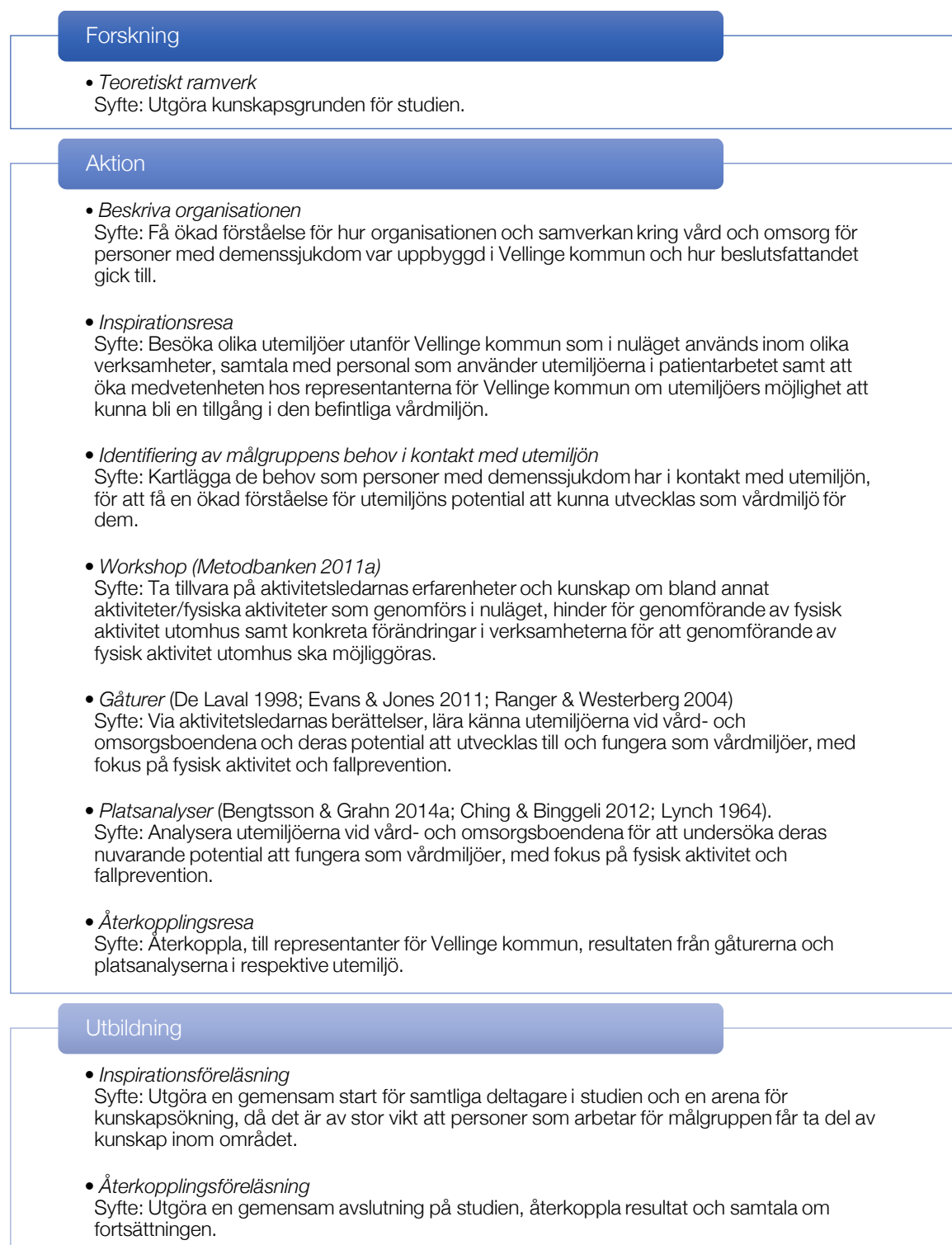
## 5.2. Urval av deltagare

Ambitionen att ta in brukarperspektivet har stått i fokus i studien, så tillvida att deltagarnas upplevelser och erfarenheter har inkluderats (Brocki & Wearden 2006; Kvale & Brinkmann 2014; Ranger & Westerberg 2004). Då det centrala i studien har handlat om att utveckla, genomföra och utvärdera en process som fångat personer med demenssjukdom och deras perspektiv, har det varit av stor vikt att personal som arbetar direkt mot målgruppen, har fått ta del av kunskap inom området samtidigt som deras perspektiv och erfarenheter har fångats in genom olika delmoment. Urvalet av deltagare för studien skedde i samarbete med representant för Vellinge kommun. Dels ställde denne sig själv till förfogande och dels möjliggjorde denne för samverkan med aktivitetsledarna och deras verksamhetschefer, på vård- och omsorgsboendena i Vellinge kommun. Representant för Vellinge kommun kontaktade aktivitetsledarna och deras respektive verksamhetschefer och informerade om att under 2016 kommer Vellinge kommun medverka i studien *"Utemiljö som vårdmiljö"* och att de uppmuntrades att delta. Totalt utgjordes deltagarna av två representanter för Vellinge kommun, sju aktivitetsledare från vård- och omsorgsboendena samt fem verksamhetschefer för vård- och omsorgsboendena. Under studiens gång har ett gott samspel med samtliga deltagare eftersträvat och fokus har varit att lyssna och låta deltagarna dela med sig av sina erfarenheter och berättelser, då deras kunskap varit väsentlig för att bidra med kunskap till studien.

## 5.3. Tillvägagång för utveckling av processen samt syfte med delmomenten

Aktionsforskning som metod bygger på samspelet mellan forskning, aktion och utbildning i en processutveckling (Swedner 1996). För att utveckla en process över hur utemiljön kan bli en tillgång i vårdsammanhang identifierades olika strategiska delmoment som ansågs vara viktiga i sammanhanget. De delmoment som identifierades var: *beskrivning av organisation, inspirationsresa, identifiering av teoretiskt ramverk, inspirationsföreläsning, identifiering av målgruppens behov i kontakt med utemiljön, workshop, gåturer, platsanalyser, återkopplingsresa och återkopplingsföreläsning*. Delmomenten identifierades i samverkan mellan mig och handledarna, vilket slutligen ledde fram till att jag provade processmodellen som utvecklats. Att börja processen med att beskriva aktuell organisation, ansågs vara logiskt för att på så vis synliggöra samtliga aktörer. Av erfarenhet visste jag att kunskapsnivån för ämnet var låg hos aktörerna, varför jag inledningsvis i processen önskade skapa intresse och medvetenhet, därför ansågs det lämpligt att delmomenten inspirationsresa och inspirationsföreläsning planerades in. Jag var väl medveten om från start, att för att lyckas med att nå fram med studiens resultat, var det av betydelse att studien vilade på ett omfattande teoretiskt ramverk, därav att det fått stort initialt utrymme. För att få ökad kunskap om målgruppen personer med demenssjukdom, ansåg jag det viktigt att identifiera deras behov i kontakten med utemiljön. Vidare resonerade jag och handledarna oss fram till lämpligheten av att genomföra workshop, gåturer och platsanalyser. Vi konstaterade att dessa moment med stor sannolikhet kunde generera den kunskap som var nödvändig för att lära känna verksamheterna och utemiljöerna. För att mot slutet av processen återkoppla de olika resultaten till representanter för Vellinge kommun, uppfattades en återkopplingsresa vara ett lämpligt delmoment. Som avslutning på studien ansåg jag det var relevant att samla samtliga aktörer och genomföra en sammanfattande återkopplingsföreläsning. Processmodellen har alltså utformats genom samverkan och resonemang om delmomentens lämplighet och placering. För att tydligare förstå samspelet mellan delmomentens koppling till aktionsforskningen och dess tre komponenter (forskning, aktion och utbildning), kategoriserade jag delmomenten utifrån de rubrikerna. Under rubriken *forskning* kategoriserades: *identifiering av teoretiskt ramverk* (även om det teoretiska ramverket utgör ett eget kapitel). Under rubriken *aktion* kategoriserades: *beskrivning av organisation, inspirationsresa, identifiering av teoretiskt ramverk, identifiering av målgruppens behov i kontakt med utemiljön, workshop, gåturer, platsanalyser* och

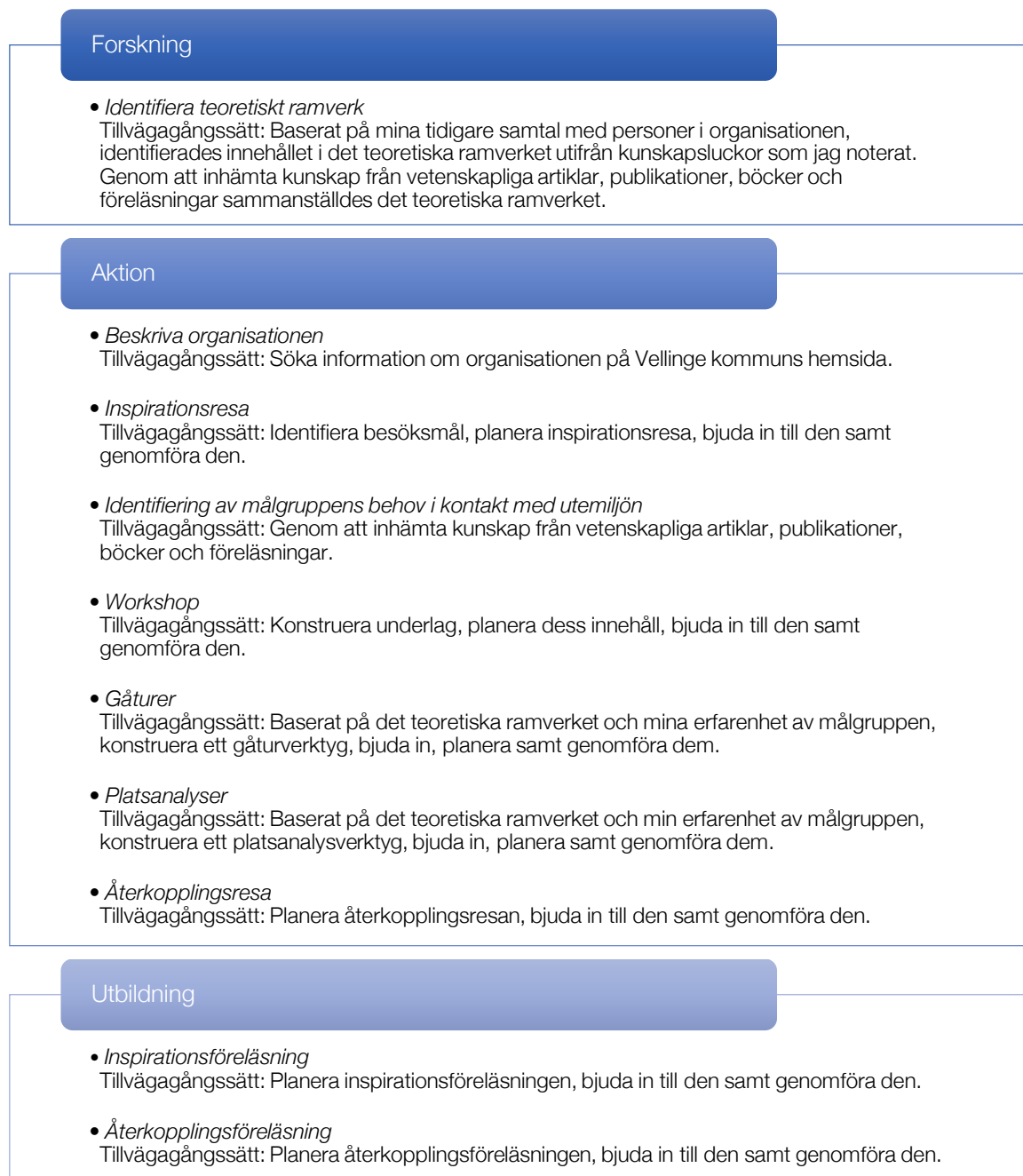
återkopplingsresa. Avslutningsvis, under rubrik *utbildning* kategoriserades delmomenten: *inspirationsföreläsning* och *återkopplingsföreläsning*. I figur 7 presenteras de olika delmoment som ingår i processen, på vilket sätt de knyter an till de tre komponenterna som utgör aktionsforskning samt syftet med var och en av delmomenten. Detta sammantaget har lett fram till utvecklingen av studiens process.



Figur 7: Studiens delmoment i relation till delarna forskning, aktion och utbildning. Delmomentens syfte presenteras också.

## 5.4. Datainsamling för processgenomförande

Efter att delmomenten hade identifierats, kategoriserats utifrån komponenterna forskning, aktion och utbildning samt att dess syften hade uttalats, var nästa steg i processen att beskriva delmomentens tillvägagångssätt. Jag reflekterade över de olika stegen i de olika delmomenten och utvecklade på så vis dess tillvägagångssätt. I figuren nedan beskrivs de olika delmomentens tillvägagångssätt, det vill säga vad jag har planerat för insatser i de olika delmomenten (figur 8).



Figur 8: Tillvägagångssätt för genomförande av delmomenten.

För att ta reda på hur processen fungerade att arbeta utifrån, genomfördes delmomenten i enlighet med de beskrivna tillvägagångssätten.

#### 5.4.1. Datainsamling föreläsningar

Innehållet till inspirationsföreläsningen samlades in genom att jag funderade över studiens syfte i relation till vad jag antog att deltagarna hade för förkunskaper inom studiens område. En fingervisning om detta hade jag fått under samtalen som fördes med representanter för Vellinge kommun, under inspirationsresan. Jag tog även avstamp i mina egna erfarenheter av hälsofrämjande naturupplevelser och kopplade samman dem med studiens bakgrund och dess teoretiska ramverk. De nationella kvalitetsregistren Senior alert och BPSD-registret vävdes också in, dels för att de utgjorde en betydande del av bakgrunden och dels för att deltagarna skulle uppleva igenkänning från det vardagliga arbetet med registren. På detta sätt ville jag påvisa en bro mellan det vardagliga arbetet med registren och att de kan ligga till grund för att stödja utveckling av ny kunskap, i detta fall inom landskapsarkitektur/miljöpsykologi.

Återkopplingsföreläsningens innehåll utkristalliserades genom att jag ville återkoppla resultaten från delmomenten gåturer, platsanalyser och workshopen, som deltagarna varit involverade i. Jag ville även återkoppla aktuell statistik som jag tagit fram kring fallolyckor, fallprevention och fysisk aktivitet. Det upplevdes angeläget att avsluta föreläsningen med en diskussion om utemiljöns potential att inkluderas som en del av vårdmiljön.

Datainsamlingen till inspirations- och återkopplingsföreläsningarna resulterade i två power-point presentationer.

#### 5.4.2. Datainsamling workshop

Datainsamlingen från workshopen utgjordes av skriftlig dokumentation på papper. Foton utgjorde stöd för minnet, om någon utav post-it lapparna råkat hamn i fel mapp i samband med att de plockades ihop.

#### 5.4.3. Datainsamling gåturer och platsanalyser

Datainsamlingen från gåturen och platsanalyser utgjordes av skriftlig dokumentation, i form av anteckningar på analysverktygsmallarna som konstruerats.

### 5.5. Datainsamling för processutvärdering

För att ta reda på hur processen fungerade att arbeta utifrån, utvärderades den. I tabell 2 presenteras de olika delmomenten som de olika deltagarna och jag var involverade i samt när de genomfördes. Delmomenten i tabellen är presenterade i kronologisk ordning, det vill säga i den ordning delmomenten genomfördes.

Tabell 2: Delmoment i studien där deltagare och sjukgymnasten varit involverade.

Delmoment	Datum	Urval och antal deltagare
Beskriva organisation	Januari 2016	Sjukgymnasten
Inspirationsresa	29 januari 2016	Representanter för Vellinge kommun Sjukgymnasten
Identifiera teoretiskt ramverk	Februari 2016	Sjukgymnasten
Identifiering av målgruppens behov i kontakt med utemiljön	Februari 2016	Sjukgymnasten
Inspirationsföreläsning	10 mars 2016	Representanter för Vellinge kommun, aktivitetsledare och verksamhetschefer Sjukgymnasten
Workshop	12 april 2016	Aktivitetsledare Sjukgymnasten
Gåturet och platsanalyser	Månstorps Ängar: 26 april 2016 Eskilsgården: 27 april 2016 Postiljonen: 15 maj 2016 St Knut & Aspen: 24 maj 2016	Aktivitetsledare Sjukgymnasten
Återkopplingsresa	22 augusti 2016	Representant för Vellinge kommun Sjukgymnasten
Återkopplingsföreläsning	15 och 26 september 2016	Representant för Vellinge kommun, aktivitetsledare och verksamhetschefer Sjukgymnasten

Utvärderingen bestod av två delar. Den första delen avsåg deltagarnas utvärderingar. Deras första utvärdering var att utvärdera deras upplevelse av att arbeta utifrån de olika delmomenten och den andra var att i slutet utvärdera upplevelsen av processen i sin helhet. Den andra delen avsåg mina egna utvärderingar. Den första delen av självutvärderingen avsåg att utvärdera användandet av delmomenten och den andra självutvärderingen avsåg att utvärdera min upplevelse av att genomföra processen. Nedan presenteras tillvägagångssätten för de olika utvärderingarnas tillvägagångssätt.

### 5.5.1. Deltagarnas utvärdering av delmomenten i processen

Datainsamlingen till deltagarnas utvärdering av delmomenten utgjordes av utvärderingsfrågor som jag själv formulerade (Karlsson 1999). Nedan presenteras de olika frågorna som deltagarna fick besvara vid respektive delmoment. Svaren noterades skriftligt av sjukgymnasten.

#### 5.5.1.1. Inspirations- och återkopplingsresa

I samband med genomförandet av de båda resorna fick representant/erna för Vellinge kommun svara på den muntliga frågan: *"På vilket sätt har resan varit en bra metod för att öka medvetenheten om utemiljöers möjlighet att utvecklas till att vara en del av vårdmiljön?"*, vilken ansågs kunna utvärdera delmomenten.

#### 5.5.1.2. Inspirations- och återkopplingsföreläsning

Utvärderingen av föreläsningarna skedde genom att jag muntligt ställde frågorna: *"Har er kunskap om "Utemiljö som vårdmiljö" ökat?"* och *"Är föreläsning som metod ett bra sätt att starta/avsluta en process på?"*.

#### 5.5.1.3. Workshop

För att utvärdera workshopen ställdes muntligt frågorna: *"Hur har ni upplevt workshopen?"* och *"Har de olika frågorna som genomarbetats under workshopen bidragit med ny kunskap om användandet av utemiljö som vårdmiljö?"*.

#### 5.5.1.4. Gåturen och platsanalyser

Gåturen och platsanalyserna utvärderades genom att aktivitetsledarna, efter genomförda moment, fick muntligt svara på frågan: *"Hur har delmomenten gått och platsanalys upplevts att arbeta utifrån?"*.

### 5.5.2. Deltagarnas utvärdering av processen som helhet

Att utvärdera deltagarnas totala upplevelse av den genomförda processen var av intresse. I samband med att studien avslutats fick därför de deltagare som varit med i hela processen och som arbetade kvar på sina arbetsplatser, tre utvärderingsfrågor skickat till sig via mail. Frågorna: *"Vad är din totala upplevelse av processen som skett under studien "Utemiljö som vårdmiljö"?"*, *"Har processen upplevts sammanhållen?"* och *"Något annat du vill kommentera?"*, användes som utvärderingsunderlag.

### 5.5.3. Sjukgymnastens självutvärdering av delmomenten i processen

I samband med att de olika delmomenten hade genomförts, antecknade jag min upplevelse av *fördelar* och *nackdelar* med var och en av dem.

### 5.5.4. Sjukgymnastens självutvärdering av processen som helhet

Jag utvärderade även min egen upplevelse av genomförandet av den sammantagna processen.

Tillvägagångssättet var genom en summativ utvärderingsmodell, i form av en *SWOT-analys* där processens styrkor, svagheter, möjligheter och hot presenterades (Föreningsresursen 2017c; Swot-analys.se 2016). Utvärderingen gjordes efter att samtliga delmoment var genomförda.

## 5.6. Bortfall

Deltagarna har genomgående deltagit i de olika delmoment som planerades och genomfördes. Dock ska påpekas att på inspirationsföreläsningen deltog tio deltagare och på återkopplingsföreläsningen endast åtta. Nämnas bör även att under studiens gång avslutade en utav representanterna för Vellinge kommun sin tjänst. Ett annat bortfall var i samband med deltagarnas utvärdering av processen som helhet, det var endast ett fåtal som varit med i hela processen och som arbetade kvar som kunde inkluderas.

## 5.7. Bearbetning av empiriskt material

Jag har systematiskt samlat in resultat och dokumenterat dessa, för att försöka förstå hur utemiljöer kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön (Wahlberg 1998). Strukturering och bearbetning av insamlat material har gjorts kontinuerligt under hela perioden för datainsamlingen. Materialet har bearbetats överskådligt och med eftertanke. Bearbetning av empiriskt material är en omständlig process som behöver ta tid (Esaiasson et al. 2012), vilket det också har gjort. Bedömningen har gjorts genom att tolka och värdera materialet på ett systematiskt sätt (Karlsson 1999). Bearbetningen har inneburit att data har sammanställts enligt analysmetoden innehållsanalys, vilket innebär att innebörden i data har tolkats och

därefter kategoriserats i teman (Graneheim & Lundman 2004).

### 5.7.1. Genomförande av processen

Under genomförandet av processen genererade delmomenten workshop, gåturer och platsanalyser empiriskt material. Nedan beskrivs hur jag gått till väga för att bearbeta materialet som samlats in.

#### 5.7.1.1. Workshop

Datainsamlingen från workshopen sammanfogades i ett textdokument. Resultatet tematiserades utifrån de fem frågor som utgjorde underlaget för workshopen, det vill säga tematiseringen bestämdes redan i metodskedet. Tematiseringsrubrikerna var: *nuvarande arbetsuppgifter som aktivitetsledarna genomför och som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom, nuvarande arbetsuppgifter som aktivitetsledarna genomför och som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom och som kan genomföras utomhus, hur den fysiska aktivitetsnivån för personer med demenssjukdom kan öka med stöd av aktivitetsledarna, hinder för att genomföra fysisk aktivitet utomhus samt konkreta förändringar i verksamheterna för att fler personer med demenssjukdom ska få möjlighet att genomföra fysisk aktivitet utomhus.*

#### 5.7.1.2. Gåturer och platsanalyser

Efter att delmomenten gåturer och platsanalyser genomförts, sammanfogades kunskapen i löpande textdokument, ett dokument för varje vård- och omsorgsboendes respektive utemiljö. Därefter analyserades datainsamlingen och strukturerades utifrån SWOT-analysens tematisering *nuvarande styrkor och svagheter* samt utifrån *framtida möjligheter och hot* (Swot-analys.se 2016).

Bearbetning av bedömningarna från platsanalyserna, där markeringar noterades på en 10 cm lång VAS-skala (Visual Analogue Scale) (Vårdhandboken 2016), gjordes genom att i efterhand mäta linjen med en linjal och därefter översätta markeringarna till den aktuella siffran för centimeterintervallet. Sifferresultaten sammanfördes i en Excel-fil, på så vis fanns möjlighet till utformning av diagram för att synliggöra de olika utemiljöernas måluppfyllelse. Diagrammets rubriker tematiserades enligt *behovspyramiden, inspirerande design, varsam design* och *målgruppsspecifika behov*.

### 5.7.2. Utvärdering av processen

Svaren från deltagarnas utvärderingar av delmomenten och kring processen i sin helhet, analyserades och kategoriserades enligt rubrikerna: *positivt/fördelar* och *negativt/nackdelar*. Svaren från min utvärdering av delmomenten i processen analyserades och kategoriserades också enligt rubrikerna: *positivt/fördelar* och *negativt/nackdelar*. Min utvärdering kring den egna upplevelsen av processen som helhet, analyserades och kategoriserades utifrån SWOT-analysens komponenter *styrkor, svagheter, möjligheter* och *hot* (ibid.).



## 6. ETISKA ASPEKTER

---

I detta avsnitt presenteras studiens etiska aspekter.

### 6.1. Deltagarna i processen

Deltagarna har accepterat att delta i studien och blivit informerade om att de ingår i en vetenskaplig studie och att den kommer bli offentlig. Studien innehåller flera delmoment där deltagarna är involverade på olika praktiska sätt och jag har bedömt att inget utav momenten innebär någon risk för dem. Representant för Vellinge kommun har blivit informerad om att det är jag som författare till studien som äger den och dess innehåll.

### 6.2. Sekretess

Att inte kunna spåra enskilda individer är av största vikt inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2012). Då studien bygger på att fånga in personer med demenssjukdoms perspektiv med hjälp av personal som arbetar nära dem (i detta fall aktivitetsledarna vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden), blev de i samband med inspirationsföreläsningen, informerade om att de ingår i en vetenskaplig studie och att de i de olika delmomenten inte ska referera till enskilda personer med demenssjukdom, utan genomföra samtalen utifrån sekretess.

Godkännande av statistikuttag, gällande statistik över fallolyckor samt från kvalitetsregistren Senior alert och BPSD-registret, har getts av representant för Vellinge kommun. Samtlig statistik redovisas på gruppnivå, då det annars skulle kunna medföra möjlighet att spåra enskilda individer och därmed bryta sekretessen.

## 7. RESULTAT

---

I detta avsnitt redovisas resultaten från de olika delarna i *processutvecklingen*, *processgenomförandet* och *processutvärderingen*. Kapitlet avslutas med att *fyra betydelsefulla aspekter* för processen lyfts fram.

### 7.1. Resultat för processutveckling

Resultatet av processutvecklingen är en processmodell (tabell 3). Processmodellen inkluderar fyra olika aktörer: *representanter för Vellinge kommun, sjukgymnast, aktivitetsledare vid vård- och omsorgsboendena* och *verksamhetschefer vid vård- och omsorgsboendena*. Processmodellen ska läsas uppifrån och ner. Varje enskild aktör utgör en kolumn i tabellen. Där det finns text beskriven i kolumnen (grå bakgrund), betyder det att de olika aktörerna har varit involverade i det specifika delmomentet. Processmodellen redovisas i kronologisk ordning, det vill säga i den ordning som processen avser att genomföras. Vidare är processmodellen indelad i fyra faser, där de olika delmoment som ingår redovisas under respektive fas. Den första fasen, *startfasen*, beskrivs organisationen där studien sker. I den andra fasen, *inspirationsfasen*, redovisas de initiala delmomenten i processen och som legat till grund för medvetandegörande hos deltagarna. Den tredje fasen, *genomförandefasen*, redovisas de resultat som genererats av de olika delmoment där deltagarna på olika sätt har varit aktiva och bidragit med sin kunskap och sina erfarenheter. I den fjärde och sista fasen, *responsfasen*, beskrivs hur studiens resultat har återkopplats till deltagarna.

Tabell 3: Processmodell över delmoment och aktörer.

Representanter för Vellinge kommun	Sjukgymnast	Aktivitetsledare vid vård- och omsorgsboenden	Verksamhetschefer vid vård- och omsorgsboenden	Startfas
	Beskriva organisationen			Inspirationsfas
	Planera inspirationsresa			
	Skriva och skicka inbjudan till representanter för Vellinge kommun ang. inspirationsresa			
Genomföra inspirationsresa till utemiljöer och verksamheter som använder utemiljöer som vårdmiljöer				
Skriva och skicka inbjudan till aktivitetsledare/chefer ang. inspirationsföreläsning om utemiljöer som vårdmiljöer				Genomförandefas
	Planera inspirationsföreläsning			
Genomföra inspirationsföreläsningen: "Utemiljö som vårdmiljö"				
	Bjuda in till workshop			
	Identifiera målgruppens behov i kontakt med utemiljön			
	Konstruera underlag för workshop, gåturer och platsanalyser			
	Planera workshop			
	Genomföra workshop: "Utemiljö som vårdmiljö"			Responsfas
	Bjuda in till gåturer och platsanalyser			
	Planera gåturer och platsanalyser			
	Genomföra gåturer och platsanalyser i/av utemiljöerna			
	Planera återkopplingsresa			
	Skriva och skicka inbjudan till representant för Vellinge kommun ang. återkopplingsresa			
Genomföra återkopplingsresa till utemiljöerna vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden				
	Planera återkopplingsföreläsning			
	Skriva och skicka inbjudan till aktivitetsledare/chefer ang. återkopplingsföreläsn. om utemiljöer som vårdmiljöer			
Genomföra återkopplingsföreläsningen: "Utemiljö som vårdmiljö"				

### 7.1.1. Beskrivning av organisation

Det första steget i processen handlade om att få en klar bild över den aktuella organisationen. Det ansågs angeläget att deltagarnas olika roller belystes samt att de inbjöds till strategiska delmoment, utifrån deras respektive uppdrag i organisationen. Representerarna för Vellinge kommun arbetar med och ansvarar till viss del för vården och omsorgen som bedrivs i Vellinge kommun och de innehar viss beslutsfattanderätt. Aktivitetsledarna vid vård- och omsorgsboendena ansvarar för att i huvudsak arrangera aktiviteter för de personer som bor på vård- och omsorgsboendena. I studien har det varit dessa personer som har haft mest kunskap avseende vilka aktiviteter som i nuläget sker såväl inomhus som utomhus och om utemiljöernas användning. Aktivitetsledarna har varit experterna. Verksamhetscheferna vid vård- och omsorgsboendena involverades i studien, då de ansvarar för verksamheterna och är aktivitetsledarnas chefer (bilaga 1).

### 7.1.2. Inspirationsresa

Fem verksamheter som på olika sätt använder sina utemiljöer som vårdmiljöer identifierades och kontaktades vilket utmynnade i ett dagsprogram för en inspirationsresa (bilaga 2). Inbjudan till inspirationsresan bör skickas ut i början av processen och resan bör också genomföras inledningsvis.

### 7.1.3. Målgruppens behov i kontakt med utemiljön

För att kunna identifiera målgruppens behov i kontakt med utemiljön är det en fördel om det teoretiska ramverket är genomarbetat. Datainsamlingen om målgruppens behov i kontakt med utemiljön kategoriserades utifrån rubrikerna: *möjlighet till fysisk aktivitet i utemiljön*, *minimerade fallrisker i utemiljön*, *stödjande vårdmiljö* och *mina egna erfarenheter*. För att få en heltäckande bild av den dokumenterade kunskapen om utemiljöer för personer med demenssjukdom, har kunskap om både personer med demenssjukdom och äldres behov inkluderats. Anledningen är att det är många äldre som drabbas av demenssjukdom och som inte utreds/diagnostiseras (Socialstyrelsen 2013). Personer med demenssjukdom kan ha mycket varierande behov, beroende på vilken typ av demensdiagnos de har, hur långt sjukdomen har fortskridit, övrig hälsa samt livssituation (Björkqvist 2009). Nedan presenteras kunskap kring målgruppens specifika behov i kontakt med utemiljön:

#### 7.1.3.1. Möjlighet till fysisk aktivitet i utemiljön

För personer med en demenssjukdom är det viktigt att utemiljön är utformad så att det finns möjlighet till att både kunna utföra fysisk aktivitet i *grupp* (social gemenskap) och *individuellt* (i avskildhet). Utemiljöns utformning ska även medföra att det är enkelt att *orientera sig* i samband med fysisk aktivitet. Då bland annat *fysisk aktivitet* är viktigt för målgruppen (FYSS 2015a; FYSS 2015b; Littbrand 2011; Toots et al. 2016) är det av betydelse att utemiljön möjliggör för sådana moment. Säkerhetsaspekten är betydelsefull, *stängsel* runt utemiljön markerar trygghet, man får dock vara observant på att alla grindar är stängda (McBride 1999; Schmidtbauer, Grahn & Lieberg 2005). Att placera ut äldre föremål i utemiljön kan skapa *igenkänning*, vilket kan underlätta för minnet samt stimulera och hjälpa personer med demenssjukdom att använda miljön (Bengtsson & Grahn 2014b), exempelvis till fysisk aktivitet. I arbetet med personer med demenssjukdom spelar *sinnesupplevelser* en viktig roll (Westerberg 2011), vilket kan locka till fysisk aktivitet.

#### 7.1.3.2. Minimerade fallrisker i utemiljön

Ytan som är avsedda för fysisk aktivitet i grupp bör ha *plant och hårdgjort underlag* och vara *anpassad storleksmässigt* för att många ska kunna vistas där samtidigt (McBride 1999). Det bör vidare vara *olika kontraster på markbeläggningen*, exempelvis en nyans på gången och en annan för att markera att man kommit utanför den (Wemme 2013-10-03), i syfte att minska fallrisken. Gångarna bör vara minst *90 cm breda* (Björkqvist 2009), för att minska fallrisken om två personer ska kunna mötas.

#### 7.1.3.3. Stödjande vårdmiljö

För att underlätta för fysisk aktivitet utomhus är det viktigt att det finns *sittplatser* med jämna mellanrum, för återhämtning och vila samt där måltider (energipåfyllnad) kan ske (Björkqvist 2009).

#### 7.1.3.4. Mina egna erfarenheter

Utöver ovanstående behov, vill jag lägga till ytterligare kunskap, utifrån den egna erfarenheten av att arbeta med personer med demenssjukdom. Majoriteten av personer med demenssjukdom använder någon form av förflyttningshjälpmedel, exempelvis rollator och därmed ställs krav på att utemiljön är *anpassad för förflyttningshjälpmedel*, så fysisk aktivitet kan genomföras med olika typer av hjälpmedel. Personer med demenssjukdom kan även ha svårt att genomföra *vardagliga förflyttningsmoment*, vilket innebär att kunna förflytta sig från liggande position till sittande, vidare till stående och gående (ADL-förmåga), därför är det av vikt att även dessa moment går att träna på i utemiljön. Det måste också vara tryggt, *säkert och enkelt att ta sig in/ut* mellan inomhusmiljö och utemiljö, för att minska fallrisken och därmed öka chanserna till fysisk aktivitet utomhus. En annan aspekt är att det i utemiljön bör vara *en lugn ljudmiljö*, då personer med demenssjukdom kan ha svårigheter med koncentrationen, vilket begränsar förmågan att ta instruktioner i samband med fysisk aktivitet om det dessutom finns oljud. Avslutningsvis bör det finnas *funktionell belysning*, som gör det möjligt att genomföra fysisk aktivitet utomhus även när det börjar skymma eller är mörkt ute.

#### 7.1.4. Inspirationsföreläsning

Delmomentet inspirationsföreläsning är startskottet i processen, det vill säga det första tillfället då samtliga deltagare träffas tillsammans. Innehållet i inspirationsföreläsningen utgjordes av kunskap om: *naturens och utevistelsens betydelse för människan, aktuella miljöpsykologiska teorier, exempel på utemiljöer som kan fungera som vårdmiljöer, nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, nationella kvalitetsregister som utgör grund för fallpreventivt arbete via fysisk aktivitet* samt en avslutande del om det *kommande gemensamma arbetet* (bilaga 3). Inbjudan till inspirationsföreläsningen (bilaga 4) bör skickas ut inledningsvis av processen och genomföras efter att det teoretiska ramverket är identifierat.

#### 7.1.5. Utveckling av underlag till workshop

Workshopen är utformad till att innehålla fem olika frågeställningar och moment. De olika frågeställningarna fokuserar på aktiviteter/fysiska aktiviteter för personer med demenssjukdom i relation till utemiljöerna. Den första frågeställningen är: *"Vilka är era nuvarande arbetsuppgifter som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom, det vill säga som utförs tillsammans med dem?"*. Den andra frågeställningen som jag vill söka svar på är: *"Vilka av era nuvarande arbetsuppgifter som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom kan genomföras utomhus?"*. Tredje frågan är: *"Hur kan den fysiska aktivitetsnivån för personer med demenssjukdom öka med stöd från er?"*. Fjärde frågan är: *"Vilka hinder upplever ni finns: a.) för att genomföra fysisk aktivitet utomhus? b.) i utemiljöerna och som utgör*

*fallrisker?”*. Avslutningsvis den femte frågan: *”Vilka konkreta förändringar skulle verksamheterna behöva genomföra för att fler personer med demenssjukdom ska få möjlighet till att genomföra fysisk aktivitet utomhus?”* (bilaga 5).

De olika momenten i workshopen innehåller tillvägagångssätt som är beprövade och definierade, avseende workshop som metod (Metodbanken 2011a), användning av post-it lappar (Metodbanken 2011b), ritande av mentala kartor (Nationalencyklopedin 2017), brainstorming (Föreningsresursen 2017a) och mind-maping (Föreningsresursen 2017b).

### 7.1.6. Utveckling av underlag till gåturer och platsanalyser

För att kunna analysera utemiljöerna, konstruerade jag två analysverktyg. Utifrån den teoretiska kunskapen och kunskapen om målgruppens behov i kontakt med utemiljön konstruerades ett analysverktyg för gåturer och ett för platsanalyser. Underlaget till gåturerna innehöll exempelvis punkter om utemiljöns användande, utemiljöns upplevda kontakt med omgivningen och populära/icke-populära platser i utemiljön. Underlaget konstruerades så att det fanns möjlighet att göra anteckningar under varje enskild punkt som analyserades (bilaga 6).

Underlaget till platsanalyserna inkluderade analys av utemiljöerna utifrån behovspyramiden (Bengtsson & Grahn 2014a), Lynchs orienteringsverktyg (Lynch 1964) samt specifika behov för målgruppen i kontakten med utemiljön. Platsanalysverktyget (exklusive Lynch-orienteringsverktyg) konstruerades utifrån en VAS-skala, som i sitt ursprung är ett smärtskattningsinstrument, mellan 0–10 (Vårdhandboken 2016). I syftet att utföra platsanalyserna används instrumentets skala enligt följande: 0 betyder att den specifika kvaliteten i utemiljön absolut inte stämmer överens med målgruppens behov, medan 10 betyder att den specifika kvaliteten i utemiljön absolut stämmer överens med målgruppens behov. Rubriken *orientering* ingår som en bedömningspunkt inom den varsamma designen i behovspyramiden, men för att få en ännu bättre kännedom om orienteringen i utemiljöerna, har även Lynchs analysverktyg använts och inkluderats i platsanalysverktyget. Underlaget för analys enligt Lynch orienteringsverktyg konstruerades så att det fanns möjlighet att göra anteckningar under varje enskild punkt som analyserades (bilaga 7).

### 7.1.7. Återkopplingsresa

Tanken med återkopplingsresan är att jag återkopplar resultaten från gåturerna och platsanalyserna till representant för Vellinge kommun. Samtliga utemiljöer som analyserats ska besökas och resultaten från gåturerna och platsanalyserna ska presenteras i respektive miljö. Inbjudan till återkopplingsresan bör skickas ut i mitten av processen och resan bör genomföras innan återkopplingsföreläsningen (bilaga 8).

### 7.1.8. Återkopplingsföreläsning

Om delmomentet inspirationsföreläsning anses vara startskottet för den gemensamma processen, kan återkopplingsföreläsningen ses som det avslutande momentet. Innehållet i återkopplingsföreläsningen utgjordes av kunskap om: *utemiljöernas resultat från gåturerna och platsanalyserna, organisationsspecifik statistik kring fallolyckor, fallprevention och fysisk aktivitet, belysning av utevistelsens och den fysiska aktivitetens betydelse, resultaten från workshopen* samt kring *utemiljöns potential att utvecklas till och fungera som vårdmiljö* (bilaga 9). Inbjudan till återkopplingsföreläsningen bör skickas ut i mitten av processen och genomförs som en avslutning av processen (bilaga 10).

## 7.2. Resultat för processgenomförande

I detta avsnitt beskrivs resultatet för genomförandet av processen.

### 7.2.1. Inspirationsresa

Det första steget i genomförandet av processen var att utforma och maila en inbjudan om inspirationsresa till representanterna för Vellinge kommun (bilaga 2). Nästkommande steg i processen var att genomföra inspirationsresan som planerats. Den genomfördes enligt program i inbjudan. De utemiljöer som besöktes var Brunnslyckan (Lund, Sverige), Alnarps rehabiliteringsträdgård (Alnarp, Sverige), Salem Plejeboliger (Gentofte, Danmark), Söndersøhave Plejeboliger (Gentofte, Danmark) och Ordruplund Plejeboliger (Charlottenlund, Danmark). Vid varje utemiljö, förutom vid Brunnslyckan i Lund, träffades personal. Besöken i de olika utemiljöerna engagerade representanterna och de ställde frågor, både till personalen vid respektive besöksmål och till mig. Samtalen handlade om utemiljöernas utformning och innehåll, verksamheterna som bedrevs i dem, möjligheten till att utföra fysisk aktivitet i dem samt hur de kan fungera fallpreventivt. Samtal om vikten av utevistelse för personer med demenssjukdom fördes också samt samtal kring vad som kan underlätta för smidig utevistelse utifrån ett organisatoriskt perspektiv.

### 7.2.2. Inspirationsföreläsning

Följande steg i processen var att utforma en inbjudan till aktivitetsledarna och verksamhetscheferna, vid de olika vård- och omsorgsboendena och bjuda in till en inspirationsföreläsning. Ämnet för inspirationsföreläsningen var "*Utemiljö som vårdmiljö*". Jag samtalade med en utav representanterna för Vellinge kommun om hur inbjudan skulle utformas samt vem som skulle skicka den. Inbjudan skrevs tillsammans och representant för Vellinge kommun skickade den som ett mail till samtliga övriga deltagare (bilaga 4). Att det var representant för Vellinge kommun som skickade inbjudan och inte jag, grundade sig på att representanten innehar en chefsposition inom Vellinge kommun och har ett nära samarbete med vårdleverantörerna. Jag tillfrågade representant för Vellinge kommun om att boka lämplig lokal i kommunhuset. Föreläsningen genomfördes i enlighet med inbjudan. I samband med föreläsningen fick deltagarna även information om att de ingick i en vetenskaplig studie som kommer att publiceras. I samband med att inspirationsföreläsningen avslutades, passade jag på att muntligt bjuda in aktivitetsledarna till workshopen. Tillsammans med alla aktivitetsledare bestämdes ett lämpligt datum och klockslag.

### 7.2.3. Workshop

Jag planerade genomförandet av workshopen noga och såg till att det fanns arbetsredskap, så som färgpennor, bläckpennor, pennor till whitboard, post-it lappar samt A4-papper, i syfte att momenten skulle gå smidigt att genomföra. Jag planerade även att ta med kamera för att kunna dokumentera de olika momentresultaten. Jag bokade en lokal i kommunhuset som var anpassad för att bland annat genomföra workshop. För att orka arbeta koncentrerat under eftermiddagen inhandlades frukt och dryck. Workshopen med aktivitetsledarna genomfördes den 12 april 2016 klockan 13–16. Workshopen genomfördes enligt planering och resultaten som kom ur de olika momenten sammanställdes därefter av mig. Resultaten från workshopen presenteras i kommande avsnitt. I samband med att workshopen avslutades, passade jag på att muntligt bjuda in aktivitetsledarna till gåturer och platsanalyser. Tillsammans med varje enskild aktivitetsledare bestämdes ett lämpligt datum och klockslag.

#### 7.2.3.1. Nuvarande arbetsuppgifter som aktivitetsledarna genomför och som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom

De arbetsuppgifter över aktiviteter/fysiska aktiviteter som aktivitetsledarna genomför i nuläget och som riktar sig direkt till målgruppen personer med demenssjukdom presenteras i tabell 4.

Tabell 4: Aktivitetsledarnas arbetsuppgifter som är direkt riktade till personer med demenssjukdom.

<b>Aktivitetsledarnas aktiviteter/fysiska aktiviteter för målgruppen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inomhusboule, frågesport, så fröer, café, bio, ballongpingis, Halloween-fest, promenader, studiecirklar, pyssel och skapande, bingo, sittande dansgymnastik, trädgårdsklubb, allsång, styrketräning, fredagsmys, samvaro vid frukost, smakprovning, utfärder, friluftsdag, promenad i närområdet, utevistelse i trädgården, herr-klubb, tema-fester, musikunderhållning till kaffet, högläsning, tipspromenader, hjärngympa, damklubb, snickeriverkstad, syjunta, gymnastik, tipspromenad, bakning, vernissage, boule, pilates, konstprojekt, yoga och meditation, rörelselekar, taktil massage, trädgårdsskötsel, plantering, grillning, utflykter med kaffekorg, side-by-side cykling, konstprojekt, dartspel, andakt, samtal enskilt och i grupp, lyssna på musik, lägga pussel, göra fruktsallad, skönhetsvård, fester vid högtider, bollspel, simning, kör, utflykt, samarbete mellan boende och förskola, musik-quiz, vinprovning, bowling, dans, sångstund, spela spel, måla, korsord, skapande verkstad, andrum och samtal.</li> </ul>	

7.2.3.2. Nuvarande arbetsuppgifter som aktivitetsledarna genomför och som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom och som kan genomföras utomhus  
Aktivitetsledarna fick därefter i uppgift att sortera ovannämnda aktiviteter/fysiska aktiviteter utifrån var de kan genomföras, det vill säga inomhus, utomhus eller både inomhus och utomhus. Hur aktivitetsledarna sorterade aktiviteterna/fysiska aktiviteterna presenteras i tabell 5. Utav de 71 stycken listade aktiviteterna, kan 70 stycken av dem genomföras utomhus.

Tabell 5: Aktivitetsledarnas arbetsuppgifter som är direkt riktade till personer med demenssjukdom, sorterade utifrån var de olika aktiviteterna/fysiska aktiviteterna kan ske.

<b>Sortering av aktiviteter utifrån plats:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Inomhus:</i> inomhusboule.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Utomhus:</i> utfärder, friluftsdag, promenad i närområdet, utevistelse i trädgården, trädgårdsskötsel, plantering, grillning, utflykter med kaffekorg och side-by-side cykling.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Både inomhus och utomhus:</i> frågesport, så fröer, café, bio, ballongpingis, Halloween-fest, promenader, studiecirklar, pyssel och skapande, bingo, sittande dansgymnastik, trädgårdsklubb, allsång, styrketräning, fredagsmys, samvaro vid frukost, smakprovning, herr-klubb, tema-fester, musikunderhållning till kaffet, högläsning, tipspromenader, hjärngympa, damklubb, snickeri-verkstad, syjunta, gymnastik, tipspromenad, bakning, vernissage, boule, pilates, konstprojekt, yoga och meditation, rörelselekar, taktil massage, dartspel, andakt, samtal enskilt och i grupp, lyssna på musik, lägga pussel, göra fruktsallad, skönhetsvård, fester vid högtider, bollspel, simning, kör, utflykt, samarbete mellan boende och förskola, musik-quiz, vinprovning, bowling, dans, sångstund, spela spel, måla, korsord, skapande verkstad, andrum och samtal.</li> </ul>	

I samband med resultatsammanställningen gick jag igenom de aktiviteter/fysiska aktiviteter som aktivitetsledarna arrangerade, som kunde genomföras utomhus och utgjorde evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet. Resultatet visar att momenten: promenader, side-by-side cykling, sittande dansgymnastik/gymnastik och styrketräning skulle kunna utgöra evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet, om de utförs med rätt intensitet, längd och regelbundenhet (Ghannad 2016-05-18; Littbrand 2011; SBU 2006; Tappen et al. 2000; Toots et al. 2016).



The image is a hand-drawn site plan for a summer camp, divided into four quadrants by a central horizontal and vertical line. The plan includes various outdoor furniture, structures, and areas labeled in Swedish.

- Top-Left Quadrant:**
  - Hörsal** (Auditorium): A large rectangular area on the left.
  - grill** (Grill): A small area with a grill icon.
  - späls** (Play area): A small area with a play icon.
  - Portabla vattenpösl** (Portable water pump): A small area with a pump icon.
  - hänk / gräs** (Hank / grass): A small area with a grass icon.
  - tillsammans** (Together): A small area with a group of people icon.
  - gräs** (Grass): A small area with a grass icon.
  - planter** (Planting): A small area with a plant icon.
  - grill** (Grill): A small area with a grill icon.
  - Sol stol** (Sun chair): A small area with a chair icon.
  - plantering** (Planting): A small area with a plant icon.
- Top-Right Quadrant:**
  - Hälsö Dyck** (Hälsö Dive): A large area with a swimmer icon.
  - gräs** (Grass): A small area with a grass icon.
  - planter** (Planting): A small area with a plant icon.
- Bottom-Left Quadrant:**
  - kafeteria** (Cafeteria): A large rectangular area on the left.
  - sand** (Sand): A large area in the center.
  - grill** (Grill): A small area with a grill icon.
  - Sol stol** (Sun chair): A small area with a chair icon.
  - plantering** (Planting): A small area with a plant icon.
  - grill** (Grill): A small area with a grill icon.
  - Sol stol** (Sun chair): A small area with a chair icon.
  - plantering** (Planting): A small area with a plant icon.
- Bottom-Right Quadrant:**
  - dänkar damm** (Beanbag pit): A large area on the left.
  - berså** (Barracks): A large area on the right.
  - grillplats** (Grill site): A small area with a grill icon.
  - Kombinerad gasol + kolgrill** (Combined gas + charcoal grill): A small area with a grill icon.
  - planterings lädax** (Planting area): A small area with a plant icon.
  - grill** (Grill): A small area with a grill icon.
  - Sol stol** (Sun chair): A small area with a chair icon.
  - plantering** (Planting): A small area with a plant icon.

#### 7.2.3.4. Hinder för att genomföra fysisk aktivitet utomhus

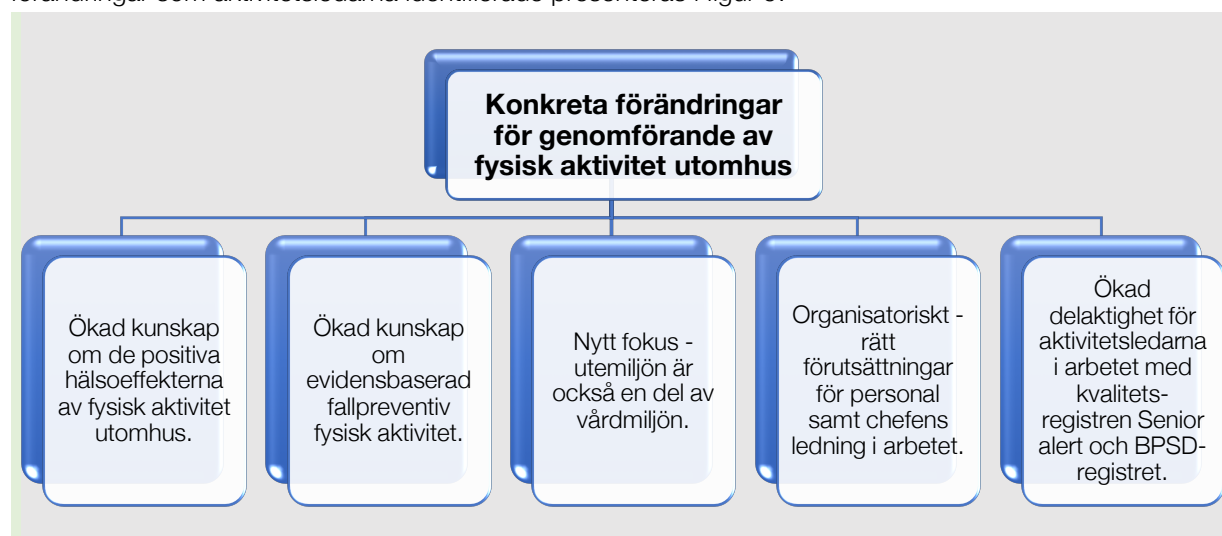
- 35 -

Tabell 6: Aktivitetsledarnas tankar kring hinder för att genomföra fysisk aktivitet utomhus.

Hinder för att genomföra fysisk aktivitet utomhus:	
Fysisk aktivitet:	Fallrisker:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personernas egna motvilja till fysisk aktivitet utomhus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trösklarna är svåra att ta sig över för att komma ut i utemiljön, vilket ökar fallrisken.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Att det blåser för mycket utomhus, vilket gör det extra ansträngande att genomföra fysisk aktivitet utomhus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dörrarna är tunga och svåra att öppna ut till utemiljön, vilket ökar fallrisken.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trädgården är inte inhägnad, vilket medför osäkerhet för både personerna och aktivitetsledarna, i samband med fysisk aktivitet utomhus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Möblerna är tunga och otympliga samt att det lätta och tillgängliga saknas i utemiljön, vilket ökar fallrisken.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vindskyddade och skuggiga platser att sitta vid i samband med återhämtning efter fysisk aktivitet saknas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Träd som står i vägen för "rakt-fram-passage" när personerna ska gå ut i utemiljön utgör fallrisk.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personerna är beroende av personal i samband med fysisk aktivitet utomhus, då dörrarna låses och de kommer inte in utan nyckel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ojämn markbeläggning i utemiljöerna utgör fallrisk.</li> </ul>

#### 7.2.3.5. Konkreta förändringar i verksamheterna för att fler personer med demenssjukdom ska få möjlighet att genomföra fysisk aktivitet utomhus

Samtal fördes med aktivitetsledarna om vilka konkreta förändringar som skulle behöva genomföras för att fler personer med demenssjukdom ska få möjlighet att genomföra fysisk aktivitet utomhus. De konkreta förändringar som aktivitetsledarna identifierade presenteras i figur 9.



Figur 9: Konkreta förändringar för ökad fysisk aktivitet utomhus.

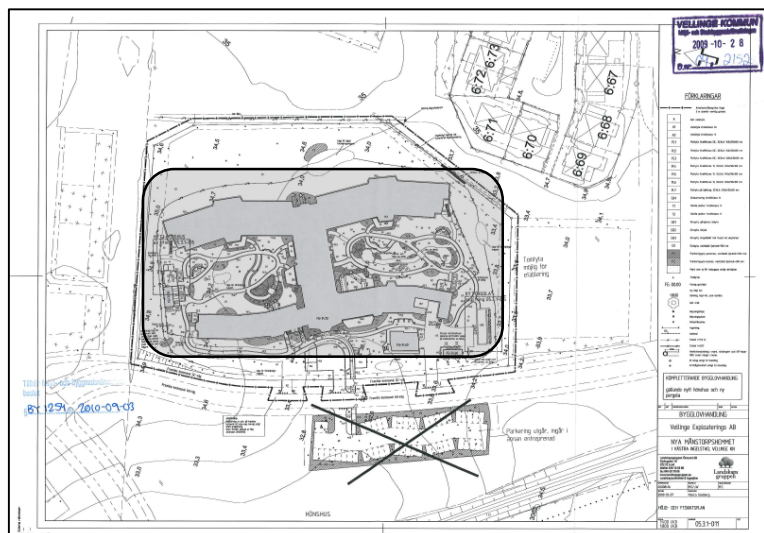
#### 7.2.4. Gåturen och platsanalyser

Jag planerade även gåturen och platsanalysernas genomförande noga. Jag skrev ut fem underlag av gåturverktyget och platsanalysverktyget. Dessa togs med till respektive analystillfälle, tillsammans med pennor och kamera. Gåturen och platsanalyserna genomfördes av mig tillsammans med en aktivitetsledare vid respektive vård- och omsorgsboendes utemiljö. Nedan presenteras de utemiljöer som kartlades:

#### 7.2.4.1. Månstorps Ängar (Västra Ingelstad)

Vård- och omsorgsboendet Månstorps Ängar är beläget i landsbygdsmiljö. Här finns gemensamma utemiljöer för de boende i form av två inhägnade utemiljöer och en entréträdgård. Varje avdelning har dessutom en inglasad balkong (Vellinge kommun 2017a).

Nedan visas ritning (Mail korrespondens 2016) samt foton från vård- och omsorgsboendets utemiljö (ritning 1 och foto 5-13).



Ritning 1: Vård- och omsorgsboendet Månstorps Ängar och dess utemiljö.



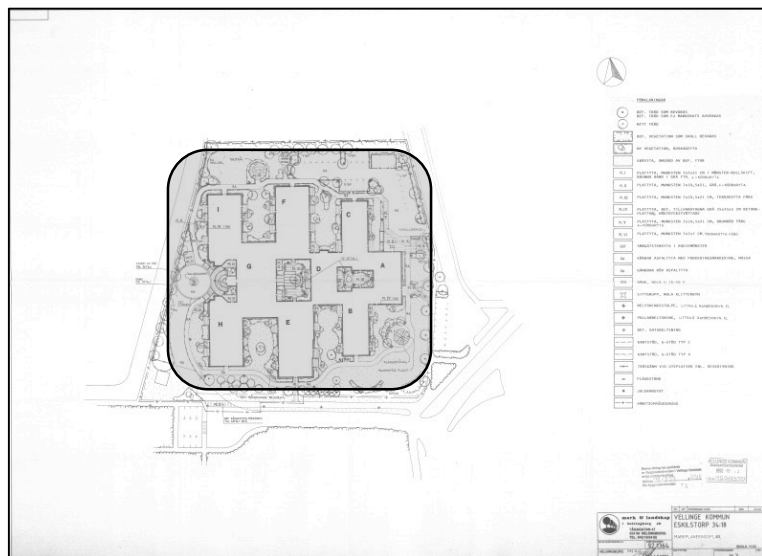
Foto 5-13: Månstorps Ängars utemiljö.

Foto: M. Liljegren



#### 7.2.4.2. Eskilsgården (Vellinge)

Vård- och omsorgsboendet Eskilsgården är beläget i ett villakvarter. Varje lägenhet har en egen uteplats i anslutning till den, därtill finns det gemensamma utemiljöer i form av en entréträdgård (som också fungerar som vändzon för bilar), en större och en mindre atriumgård, separata uteplatser för demensavdelningarna, en gångslinga runt boendet och grönytor (Vellinge kommun 2017a). Nedan visas ritning (Mail korrespondens 2016) samt foton från vård- och omsorgsboendets utemiljö (ritning 2 och foto 14-22).



Ritning 2: Vård- och omsorgsboendet Eskilsgården och dess utemiljö.

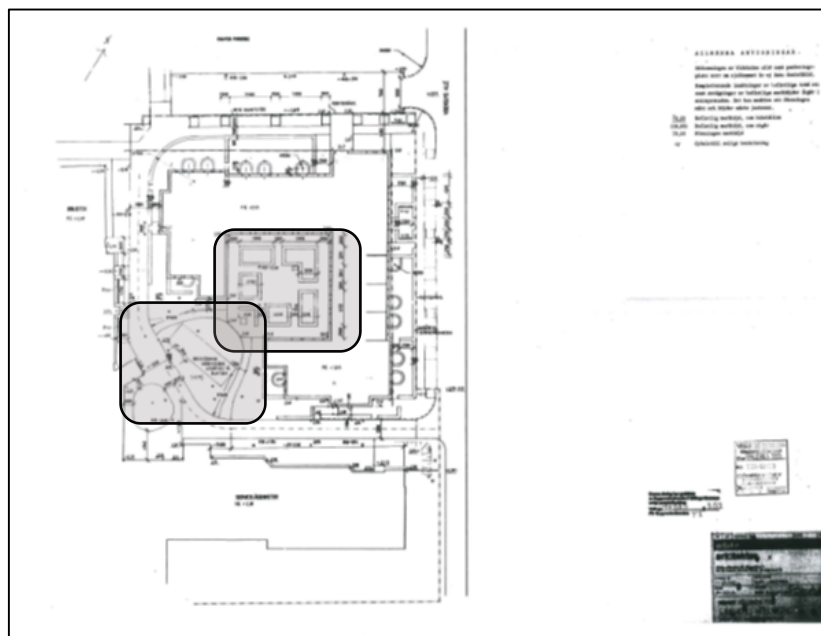


Foto 14-22: Eskilsgårdens utemiljö.

Foto: M. Liljegen

#### 7.2.4.3. Postiljonen (Höllviken)

Vård- och omsorgsboendet Postiljonen är beläget i stadsmiljö, där omgivningen består av bibliotek, busstation, park, flerfamiljshus och strand. Här finns tillgång till egen uteplats för de som bor på bottenvåningen och även gemensamma utemiljöer i form av entréträdgård med sittmöjligheter och en avgränsad innegård (Vellinge kommun 2017a). Nedan visas ritning (Mail korrespondens 2016) samt foton från vård- och omsorgsboendets utemiljö (ritning 3 och foto 23-31).



Ritning 3: Vård- och omsorgsboendet Postiljonen och dess utemiljö.



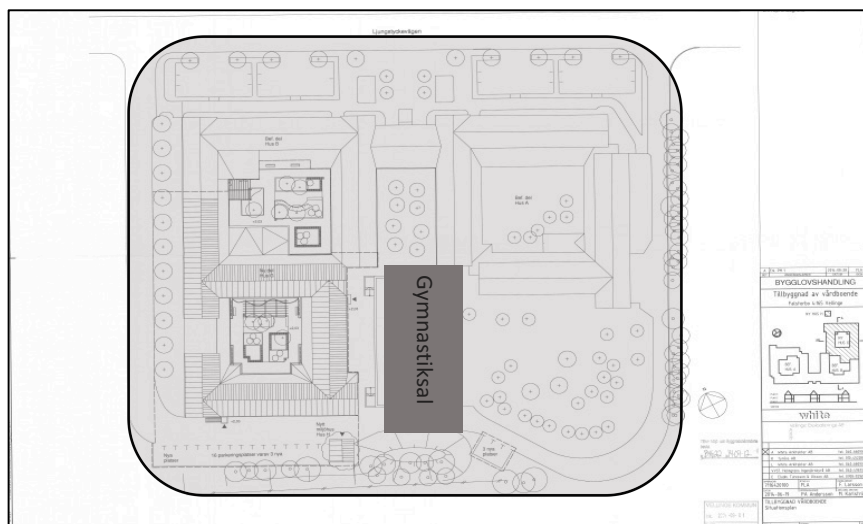
Foto 23-31: Postiljonens utemiljö.

Foto: M. Liljegren



#### 7.2.4.4. St Knut (Skanör)

Boendet är beläget i villakvarter. Här har några boende egen uteplats eller fransk balkong och utöver det finns det gemensamma utemiljöer i form av en entréträdgård, fyra atriumgårdar, fyra balkonger (våningsplan 2) och en uteplats som fortsätter ut i en öppen trädgård. Dessutom finns det en gångslinga runt hela boendet. I direkt anslutning till boendet finns en gymnastiksal, som används dagligen av skolbarn (Vellinge kommun 2017a). St Knut är ett vård- och omsorgsboende i två plan, med idag 82 lägenheter, varav 28 platser är till för personer med demenssjukdom, 36 platser för somatiskt sjuka och 18 korttidsplatser. Nedan visas ritning (Mail korrespondens 2016) samt foton från vård- och omsorgsboendets utemiljö (ritning 4 och foto 32-40).



Ritning 4: Vård- och omsorgsboendet St Knut och dess utemiljö.

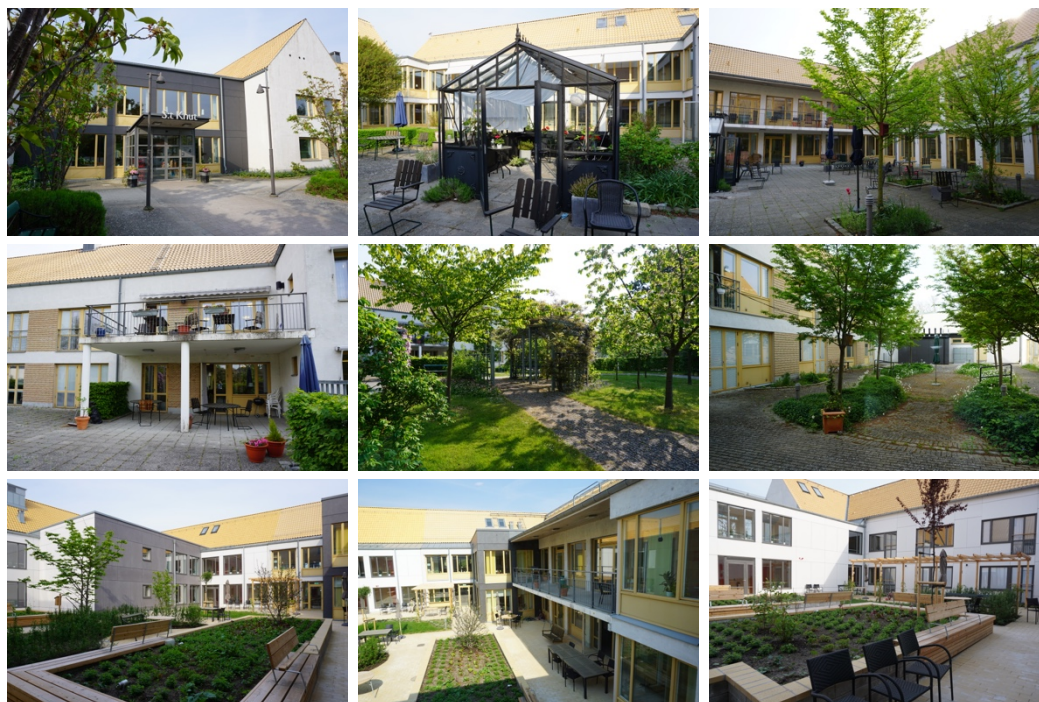
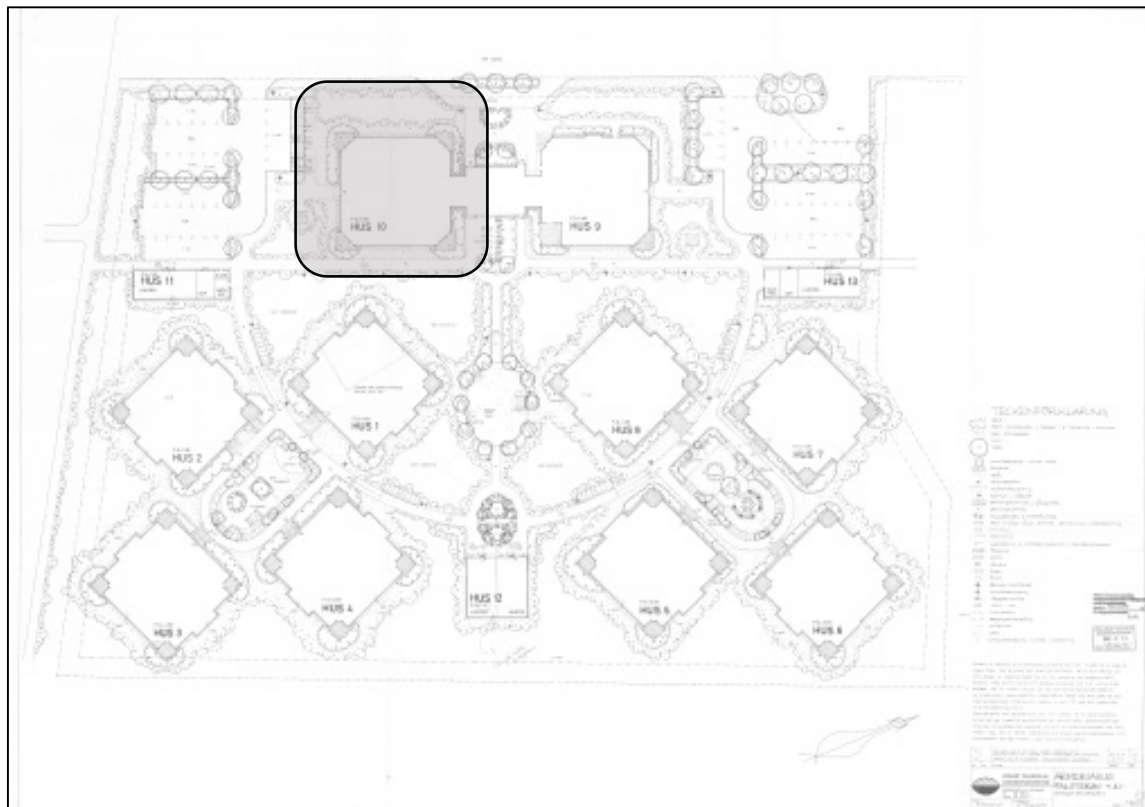


Foto 32-40: St Knuts utemiljö.

Foto: M. Liljegren

#### 7.2.4.5. Aspen (Skanör)

Vård- och omsorgsboendet är beläget i ett villakvarter med flera äldreanpassade flerfamiljshus. Det finns en liten gemensam utemiljö och därtill har varje lägenhet en egen uteplats (Vellinge kommun 2017a). Nedan visas ritning (Mail korrespondens 2016) samt foton från vård- och omsorgsboendets utemiljö (ritning 5 och foto 41-44).



Ritning 5: Vård- och omsorgsboendet Aspen och dess utemiljö.



Foto 41-44: Aspens utemiljö.

Foto: M. Liljegren

Tidsåtgången för genomförandet av gåturer och platsanalyser varierade mellan 45-180 minuter, beroende på utemiljöns storlek, utformning, innehåll och verksamhet som bedrevs i respektive miljö.

Aktivitetsledarna fick inledningsvis guida mig genom utemiljöerna och denne ställde fortlöpande frågor, utifrån gåturvertyget, vilket gjorde att följdfrågorna inte varierade i någon större utsträckning mellan de olika tillfällena i utemiljöerna. När gåturen var avslutad genomfördes platsanalysen. Vid varje platsanalysbedömning av utemiljöerna, bedömdes varje enskild kvalitet i samspel mellan aktivitetsledaren och mig. Vi enades om var på VAS-skalan en markering skulle placeras. Resultaten från Lynch-vertyget, dokumenterades skriftligt av mig i underlaget. Jag sammanställde därefter resultaten från gåturen och platsanalyserna och nedan redovisas först ett resultat från platsanalyserna i text- och diagramform. Därefter följer en redovisning av ett summerande resultat från gåturen och platsanalyserna, för respektive vård- och omsorgsboendes utemiljö, genom SWOT-analyser för respektive utemiljö.

#### 7.2.4.6. Platsanalyser utifrån text- och diagramformat

Ett resultat som blev tydligt i samband med platsanalyserna var att utemiljöerna inte var välanpassade för att fungera som vårdmiljöer för personer med demenssjukdom, med fokus på fysisk aktivitet och fallprevention. Utemiljöerna har utvecklingspotential. I diagram 4 presenteras det sammantagna resultatet från platsanalyserna utifrån kategorierna: *behovspyramiden*, *inspirerande design*, *varsam design* och *målgruppsspecifika behov*. Resultatet visar att det totala medelvärdet för utemiljöernas måluppfyllelse var 58% (prickad linje i diagram 4). Mer specifikt; medelvärdet för måluppfyllelsen för utemiljön vid Månstorps Ängar var 70%, vid Eskilsgården 42%, vid Postiljonen 68%, vid St Knut 69% och vid Aspen 43%. Andra resultat som också kom fram var att det i utemiljöerna finns varierande möjligheter att utföra fysisk aktivitet som fallprevention (visas genom högt resultat inom kategorin målgruppsspecifika behov) samt att utemiljöerna i sig utgör betydande fallrisker för målgruppen (visas genom ett lågt resultat inom kategorin varsam design, som med sina kvaliteter utgör fallprevention).

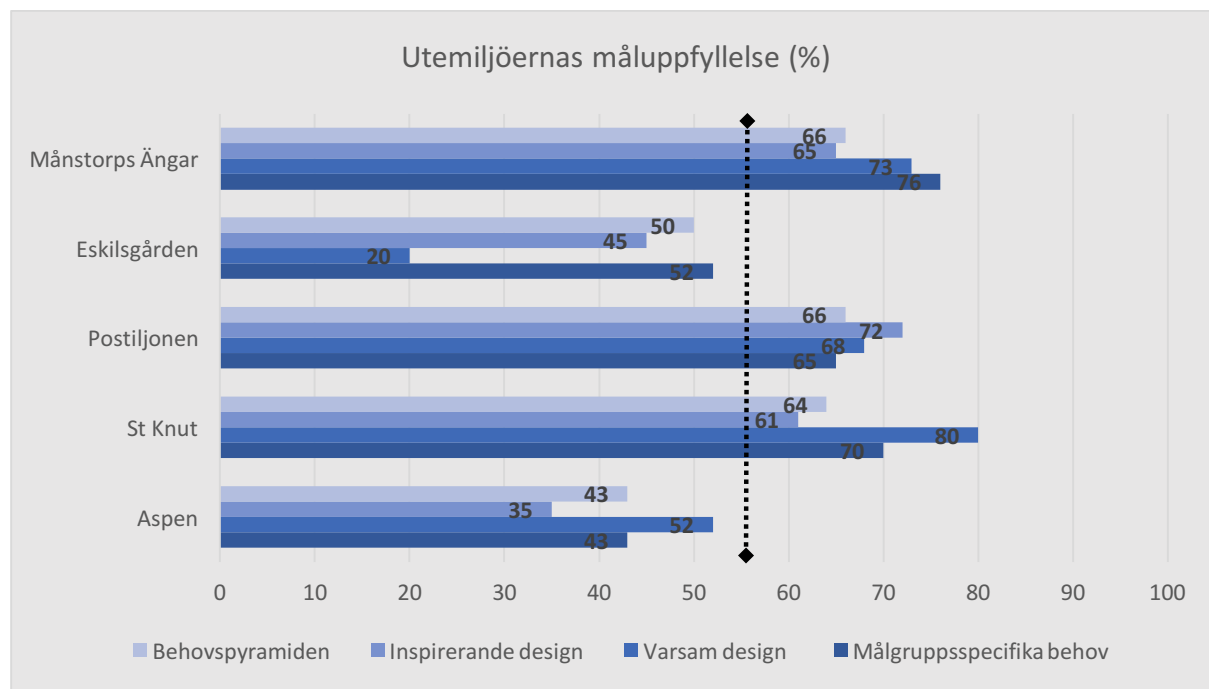


Diagram 4: Resultat från platsanalyserna av utemiljöerna vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden. Den prickade linjen visar det totala medelvärdet (58%) för utemiljöernas måluppfyllelse.



## 7.2.4.7. SWOT-analys för Månstorps Ängars utemiljö

### Nuläge

#### Styrkor:

- Två olika utemiljöer med olika karaktärer där fysisk aktivitet kan utföras.
- Flera olika platser i utemiljöerna som möjliggör för olika typer av fysisk aktivitet.
- Uppskattad promenadslänga runt dammen.
- Gott om sittplatser för återhämtning i utemiljöerna, anpassad sitthöjd och med lagom avstånd mellan dem.
- Vackra utemiljöer att utföra fysisk aktivitet i.
- Boulebanan utgör en plats för fysisk aktivitet.
- Gott om gemenskapsytor där fysisk aktivitet kan genomföras i grupp.
- Anpassade och varierande gångstråk, med tydlig början och slut, vilket ger en god orientering.
- Tydliga in/utgångar till de båda utemiljöerna underlättar för möjlighet att utföra fysisk aktivitet utomhus.
- Möjlighet finns att utföra fysisk aktivitet i en mellanzon mellan inne och ute (på balkonger och i atriumrum).
- Gott om möjlighet till sinnesstimulering, vilket kan inbjuda till fysisk aktivitet.
- Funktionella träningsmöjligheter finns.
- Underbar kontakt med utemiljön inifrån byggnaden, vilket kan uppmuntra till promenader utomhus.

### Framtid

#### Möjligheter:

- Underlätta för självständig in/ut passage och därmed minska fallrisken.
- Vind- och solskydd vid befintliga platser skulle möjliggöra för ökad utevistelse och möjlighet till fysisk aktivitet.
- Återvändsgränden vid höns huset skulle kunna förlängas med en slinga runt boendets baksida, så ges även möjlighet till avskildhet och mer vild natur samt att möjliga sträckan för fysisk aktivitet ökas.
- Fler avskilda platser i de inhägnade utemiljöerna skulle underlätta för fysisk aktivitet utan att uppleva sig på-tittad.
- Förtäta de stora stenarna runt dammen för att minska fallrisken.
- Byta ut möblemangen mot lättare bord och stolar och på så vis underlätta för personal som arbetar exempelvis med sittgympa i utemiljöerna.
- Inslag i utemiljöerna som uppmuntrar till fysisk aktivitet.
- Inreda avdelningarnas uterum mer trivsamt, så de inbjuder till att exempelvis förlägga sittgympa eller återhämtning i dem.

#### Svagheter:

- Sluttningen mot dammen utgör en fallrisk.
- Svårt att finna platser med lå och skugga, där fysisk aktivitet kan utföras.
- Möblerna är tunga och möjliggör inte för flexibilitet i samband med fysiska aktiviteter.
- Fastmonterade bord och bänkar försvårar framkomligheten i samband med återhämtning efter avslutad fysisk aktivitet.
- Det finns en barr för gångträning, men inget runt omkring som inbjuder till användning.
- Bärbuskar och odlingslådor är i marknivå, vilket utgör fallrisker.
- Avsaknad av höns i höns huset (med dem där kan det motivera till en promenad för att titta dem).
- Automatiska dörröppnare saknas vid in/utgångarna, vilket ökar fallrisken i samband med in/ut-passage.
- Listerna vid skjutdörrspartierna i uterummen är höga, vilket utgör fallrisk.
- Brist på platser för fysisk aktivitet i skyddad och vild natur.
- Avsaknad av igenkänningsföremål, vilket skulle kunna inbjuda till fysisk aktivitet.
- Förflyttningsträningsmomentet liggande-sittande saknas.
- I samband med promenader saknas yta bredvid bänkar för placering av hjälpmedel, vilket betyder att de placeras på gångslingan, vilket kan utgöra fallrisk för förbipasserande.

#### Hot:

- Ständig blåst minskar viljan till fysisk aktivitet utomhus.
- Hög ljudmiljö från motortrafik, flyg och tåg kan störa upplevelsen i utemiljön, i samband med genomförande av fysisk aktivitet.
- Låg kunskapsnivå hos personal om fördelar med fysisk aktivitet utomhus.
- Anpassningar i utemiljöerna inte genomförs.
- Tidsbrist hos personal för att bistå personer med demenssjukdom i samband med fysisk aktivitet utomhus.

#### Analysresultat:

- Behovspyramiden: 105p/160p dvs. 66%
- Kvaliteter för inspirerande design: 84p/130p dvs. 65%
- Kvaliteter för varsam design: 44p/60p dvs. 73%
- Målgruppsspecifika behov: 198p/260p dvs. 76%
- Medelvärde för utemiljöns måluppfyllelse: 70%

## 7.2.4.8. SWOT-analys för Eskilsgårdens utemiljö

### Nuläge

#### Styrkor:

- Promenadmöjligheter runt hela boendet.
- Avskild plats vid flaggstången för återhämtning.
- Jämt avstånd mellan sittbänkar, vilket möjliggör för återhämtning.
- Utrymme för ledd fysisk aktivitet i mini-grupper.
- Funktionella träningsmöjligheter finns.
- Stor tomt med stora möjligheter till fysisk aktivitet.
- Automatisk dörröppning vid entrén minskar fallrisk.

#### Svagheter:

- Stora atriumgården är svåränvänd i samband med fysisk aktivitet pga. stort träd i dess mitt samt fyra privata uteplatser.
- Sommartid, vid soligt väder, blir det för varmt att vistas ute i atriumgårdarna och genomföra fysisk aktivitet.
- Svårtillgänglig odlingsyta där det är mycket trångt samt markunderlaget är i dåligt skick, vilket i sig utgör fallrisk.
- Ojämn/trasig asfalt samt nivåskillnader vid platsättning utgör fallrisk.
- Lilla atriumgården och bersån inbjuder inte till att genomföra fysisk aktivitet i.
- Tunga och oflexibla möblemang försvårar för personal i samband med sittande gympa.
- Ingen inhägnad gångslinga, vilket minskar tillgängligheten att promenera utomhus på egen hand.
- Låg orienteringsförmåga i utemiljön inbjuder inte till fysisk aktivitet.
- Ytan vid lastkajen, som utgör en del av gångslingan, används daglig vid matleverans och utgör därmed ett störande moment i samband med promenader.
- Flexibla större utrymmen för möjlighet till fysiska aktiviteter saknas.
- För hög nivåskillnad mellan inne och ute vid de enskildas uteplatser utgör fallrisk.
- Minimal möjlighet till sinnesstimulering, vilket inte bidrar till fysisk aktivitet.
- Möjlighet att utföra fysisk aktivitet i en mellan zon, mellan inne och ute, saknas.
- Passagen till vattenspelet utgör fallrisk.
- Avsaknad av igenkänningsföremål inbjuder inte till fysisk aktivitet.
- Möjlighet till träningsmomentet liggande-sittande saknas.
- Avsaknad av anpassade utemiljöer för fysisk aktivitet.
- Avsaknad av möjlighet till fysisk aktivitet i vild natur.

### Framtid

#### Möjligheter:

- Flexibla och lätta möblemang, vilket underlättar för sittande fysiska aktiviteter.
- Fler sol- och vindskydd för att möjliggöra för fysisk aktivitet utomhus.
- Ökad tillgänglighet i utemiljöerna skulle minska fallrisk.
- Fler större ytor för gemenskap i samband med fysisk aktivitet i grupp.
- Fler inslag av sinnesstimulering för att stimulera till fysisk aktivitet.
- Om- och tillbyggnation av befintligt träningsrum till ett uterum för exempelvis fysisk aktivitet, som leder vidare ut till en inhägnad utemiljö med gångslinga och träningsmöjligheter.

#### Hot:

- Låg kunskapsnivå hos personal om fördelar med fysisk aktivitet utomhus.
- Anpassningar i utemiljöerna inte genomförs.
- Tidsbrist hos personal för att bistå personer med demenssjukdom i samband med fysisk aktivitet utomhus.

#### Analysresultat:

- Behovspyramiden: 80p/160p dvs. 50%
- Kvaliteter för inspirerande design: 59p/130p dvs. 45%
- Kvaliteter för varsam design: 12p/60p dvs. 20%
- Målgruppsspecifika behov: 134p/260p dvs. 52%
- Medelvärde för utemiljöns måluppfyllelse: 42%

## 7.2.4.9. SWOT-analys för Postiljonens utemiljö

### Nuläge

#### Styrkor:

- En utemiljö vacker som ett paradis, med flertalet olika karaktärer, att utföra fysisk aktivitet i.
- Fysisk aktivitet kan utföras på mer öppna platser och mer avskilda platser.
- Gott om sittplatser för återhämtning, med valmöjlighet till sol, skugga och lä.
- Uppskattad pergola att återhämta sig i.
- Gott om parasoll, bänkar, stolar och bord som är lätta att flytta runt och möjliggör för flexibilitet i samband med fysisk aktivitet.
- Funktionella träningsmöjligheter finns.
- Två solstolar som används mycket och som möjliggör för träning från liggande-sittande.
- Utemiljön används i samband med ledda aktiviteter, inklusive fysisk aktivitet.
- Det finns mycket sinnesstimulering och igenkänningsföremål i utemiljön som uppmuntrar till fysisk aktivitet.
- Underbar kontakt med utemiljön inifrån byggnaden, vilket kan inbjuda till promenad utomhus.

### Framtid

#### Möjligheter:

- Tillföra upphöjda odlingslådor för att minska fallrisk.
- Ordna en säkrare grind (inkl. dubbelfattningsgrepp), för tryggare fysisk aktivitet i utemiljön.
- Större flexibla ytor för gemenskap och fysisk aktivitet i grupp.
- Fontän som med sitt porlande ljud maskerar trafik- och fläktljud och därmed bidrar till en lugnare ljudmiljö i samband med fysisk aktivitet.
- Mer funktionell belysning för att minska fallrisk vid vistelse utomhus vid mörker.
- Bygga en balkong vid andra våningens matsal/sällskapsrum, så valmöjlighet till inne/utevistelse finns, vilket leder till ökad självständighet och uppmuntran till enklare fysisk aktivitet utomhus.

#### Svagheter:

- Liten yta för möjlighet till fysiska aktiviteter.
- Avsaknad av automatisk dörröppnare, vilket utgör fallrisk vid in- och ut-passage.
- Svårigheter att ta sig in/ut pga. höga trösklar/plåtar, vilket ökar fallrisken.
- Svårigheter att självständigt använda hjälpmedel i utemiljön pga. trångt (speciellt vid caféets in/utgång) och ojämn plattsättning, vilket utgör fallrisk.
- Glipor i platssättningen (<5 cm) vilket utgör fallrisk.
- Algpåväxt och mossor på plattor gör det halt, vilket utgör fallrisk.
- Samtliga nedsänkta rabatter inkl. ett stort träd med nedsänkt rabatt vid in/utgången utgör fallrisk.
- Ojämnt markunderlag på flera ställen, vilket utgör fallrisk.
- Mycket utav blommor och bär är placerat i marknivå, vilket gör det svåråtkomligt och bidrar till fallrisk.
- Ingen tydlig gångslinga för promenader i utemiljön.
- Mellanzon mellan inne/ute saknas för att utföra fysisk aktivitet i.
- Ej tydlig ingång från utemiljön, vilket försvårar tillbakagång in i huset efter avslutad fysisk aktivitet.
- Möjlighet att utföra fysisk aktivitet i vild natur saknas.
- Orienteringsförmågan är måttlig, vilket kan utgöra ett hinder i samband med fysisk aktivitet i form av promenader i utemiljön.

#### Hot:

- Låg kunskapsnivå hos personal om fördelar med fysisk aktivitet utomhus.
- Anpassningar i utemiljöerna inte genomförs.
- Tidsbrist hos personal för att bistå personer med demenssjukdom i samband med fysisk aktivitet utomhus.

#### Analysresultat:

- Behovspyramiden: 106p/160p dvs. 66%
- Kvaliteter för inspirerande design: 94p/130p dvs. 72%
- Kvaliteter för varsam design: 41p/60p dvs. 68%
- Målgruppspecifika behov: 170p/260p dvs. 65%
- Medelvärde för utemiljöns måluppfyllelse: 68%

## 7.2.4.10. SWOT-analys för St Knuts utemiljö

### Nuläge

#### Styrkor:

- Flera olika utemiljöer med olika kvaliteter där fysisk aktivitet kan utföras.
- Gungbänkar utgör ett inslag av utmaning i samband med fysisk aktivitet.
- Utemiljön används i samband med ledda aktiviteter, inklusive fysisk aktivitet.
- Växthus och utebar lockar till utevistelse och där med till fysisk aktivitet, genom promenader ut till dem.
- Utemiljön vid A1 har flexibel yta som möjliggör för fysiska aktiviteter i större skala.
- Den oinhägnade utemiljön vid A1 utgör en vacker, rofylld och avskild plats för fysisk aktivitet.
- Sittbänkar finns jämnt fördelade i utemiljön, som möjliggör för återhämtning.
- Tydlig entré med sittbänkar, rabatter och automatisk dörröppning, vilket ger goda förutsättningar för in/utpassage i samband med fysisk aktivitet.
- God orienteringsförmåga som underlättar vid promenad.
- Funktionella träningsmöjligheter finns.
- Många igenkänningsföremål vilket kan inbjuda till fysisk aktivitet.
- Underbar kontakt med utemiljön inifrån byggnaden, vilket kan uppmuntra till promenader utomhus.
- Möjlighet finns att utföra fysisk aktivitet i en mellanzon mellan inne och ute (på balkonger och i växthus).
- Upplysta utemiljöer (B1 och G1:s innergårdar), vilket minskar fallrisk i samband med utevistelse vid mörker.

### Framtid

#### Möjligheter:

- Byta ut möblemangen mot lättare bord och stolar och på så vis underlätta för personal som arbetar exempelvis med sittgympa i utemiljöerna.
- Fler solskydd vid befintliga platser skulle möjliggöra för ökad utevistelse och möjlighet till fysisk aktivitet, speciellt på A1:s innergård där sittgympa arrangeras.
- Cafégårdens markmiljö kan planas ut, för att frigöra mer yta till den dagliga verksamhetens fysiska aktiviteter.
- Vid B1 och G1 finns önskemål att ta bort de små gräsytor pga. det skulle frigöra mer yta till fysisk aktivitet och underlätta för framkomlighet med hjälpmedel.
- Justera sittedjupet på bänkarna vid B1 och G1:s rabattbänkar, för att öka komforten i samband med återhämtning.
- Plantera bär utmed rabattbänkarnas ytterkanter (B1 och G1), som på så sätt kan sätta inbjuda till fysisk aktivitet, genom "ätande-promenader".
- Automatiska dörröppnare möjliggör för ökad självständighet och fysisk aktivitet.
- Borttagning av räcke vid de franska balkonger som har en uteplats utanför (nybyggd del), vilket skulle inbjuda till ökad utevistelse och fysisk aktivitet.
- Mer tillgänglig sinnesstimulering skulle öka möjligheten till fysisk aktivitet i utemiljöerna.
- Tillföra upphöjda odlingslådor för att minska fallrisk.

#### Svagheter:

- Tunga och oflexibla möblemang försvårar för personal i samband med sittande gympa.
- Avsaknad av tydliga gångstråk i samband med fysisk aktivitet.
- Svårt att hitta skuggiga platser i samband med fysisk aktivitet eller återhämtning.
- Utemiljöerna vid B1 och G1 är små utifrån perspektivet att kunna genomföra fysisk aktivitet i grupp.
- Många markrabatter (främst i cafégården) försvårar vid förflyttning med hjälpmedel pga. det är trångt och utgör fallrisk.
- Utemiljöerna vid B1 och G1 är trånga i samband med fysisk aktivitet/förflyttningsträning med hjälpmedel.
- Lutning och ojämn platsättning utgör fallrisk.
- Fläktljud vid cafégården stör vid återhämtning.
- Lite belysning i utemiljön vid A1, vilket utgör fallrisk i samband med promenad utomhus vid mörker.
- Växthusets dörr är svår att öppna/stänga, utgör fallrisk.
- Ej tydliga ingångar från utemiljön, vilket försvårar tillbakagång in i huset efter avslutad fysisk aktivitet.
- Grindarna är inte pålitliga, vilket minskar chansen till trygghet och säker fysisk aktivitet i utemiljön.
- Saknad möjlighet att utföra fysisk aktivitet i vild natur.

#### Hot:

- Skolbarn som passerar genom inhägnad utemiljö vid cafégården, vilket kan störa i samband med fysisk aktivitet eller återhämtning.
- Låg kunskapsnivå hos personal om fördelar med fysisk aktivitet utomhus.
- Anpassningar i utemiljöerna inte genomförs.
- Tidsbrist hos personal för att bistå personer med demenssjukdom i samband med fysisk aktivitet utomhus.

#### Analysresultat:

- Behovspyramiden: 102p/160p dvs. 64%
- Kvaliteter för inspirerande design: 79p/130p dvs. 61%
- Kvaliteter för varsam design: 48p/60p dvs. 80%
- Målgruppsspecifika behov: 182p/260p dvs. 70%
- Medelvärde för utemiljöns måluppfyllelse: 69%

#### 7.2.4.11. SWOT-analys för Aspens utemiljö

##### *Nuläge*

###### **Styrkor:**

- Upphöjd odlingslåda, vilket innebär minskad fallrisk.
- Sittplats med möjlighet till sittgympa.
- Avgränsad utemiljö.
- God kontakt med utemiljön inifrån matplatsen, vilket kan inbjuda till promenader utomhus.
- Funktionella träningsmöjligheter finns delvis.

##### *Framtid*

###### **Möjligheter:**

- Justera markunderlaget så hela utemiljön kan användas på ett säkert sätt (minska fallrisker), i samband med fysisk aktivitet.
- Önskemål om en mellanzon (exempelvis uterum mellan kök och utemiljö) att utföra fysisk aktivitet i.
- Fler inslag av sinnesstimulering som kan inbjuda till ökad fysisk aktivitet utomhus.

###### **Svagheter:**

- Utemiljön är liten till sin yta, vilket försvårar att utföra fysisk aktivitet i den.
- Vid utevistelse, fysisk aktivitet och återhämtning upplevs man "på-tittad" av personer som passerar precis utanför det låga staketet på gång- och cykelvägen.
- Ojämn plattsättning och kullerstenar utgör fallrisk.
- Svårigheter att använda gånghjälpmedel i utemiljön pga. trånghet och att markunderlaget utgör fallrisker.
- Få inslag av sinnesstimulering som kan inbjuda till fysisk aktivitet.
- Mellanzon mellan inne/ute saknas för att utföra fysisk aktivitet i.
- Total avsaknad av igenkänningsföremål, vilket kan inbjuda till fysisk aktivitet.
- Avsaknad av gångslinga, vilket försvårar vid promenad dvs. måttliga orienteringsmöjligheter.
- Många miljökvaliteter saknas i utemiljön för att vara en stödjande utemiljö att utföra fysisk aktivitet i.

###### **Hot:**

- Förbipasserande på gång- och cykelvägen utanför utemiljön som stör vid fysisk aktivitet eller återhämtning.
- Låg kunskapsnivå hos personal om fördelar med fysisk aktivitet utomhus.
- Anpassningar i utemiljöerna inte genomförs.
- Tidsbrist hos personal för att bistå personer med demenssjukdom i samband med fysisk aktivitet utomhus.

###### **Analysresultat:**

- Behovspyramiden: 68p/160p dvs. 43%
- Kvaliteter för inspirerande design: 45p/130p dvs. 35%
- Kvaliteter för varsam design: 31p/60p dvs. 52%
- Målgruppsspecifika behov: 111p/260p dvs. 43%
- Medelvärde för utemiljöns målpuppfyllelse: 43%

### 7.2.5. Återkopplingsresa

Tillsammans med representant för Vellinge kommun planerades ett datum för en återkopplingsresa. Syftet med resan var att återkoppla resultaten från gåturerna och platsanalyserna i respektive utemiljö vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden. Jag utformade ett dagsprogram och säkerställde färdmedel. Jag skrev en inbjudan där nödvändig information om återkopplingsresan fanns med och mailade den därefter till representant för Vellinge kommun (bilaga 8). Återkopplingsresan genomfördes enligt program i inbjudan. Under besöken i de olika utemiljöerna redovisade jag resultaten från gåturerna och platsanalyserna.

### 7.2.6. Återkopplingsföreläsning

I samråd med representant för Vellinge kommun utformades en mailinbjudan till aktivitetsledarna och verksamhetscheferna vid respektive vård- och omsorgsboende (bilaga 10). Inbjudan skickades av mig, då relationer till samtliga deltagare etablerats under processens gång. Jag tillfrågade representant för Vellinge kommun om att boka lämplig lokal. Hela processen kring arbetet med utemiljön som en tillgång i den befintliga vårdmiljön avslutades med återkopplingsföreläsningen. Föreläsningen genomfördes i enlighet med inbjudan. Representant för Vellinge kommun kommenterade även hur kommunen kommer arbeta vidare med utemiljöerna. Avslutningsvis tackade jag samtliga deltagare för deras engagemang i studien. Föreläsningen skedde även vid ytterligare ett tillfälle, på grund av att många deltagare ville ta del av resultatet i studien, men samtliga kunde inte delta vid ett gemensamt tillfälle. Den andra återkopplingsföreläsningen skedde i enlighet med den första.

## 7.3. Resultat för processutvärdering

För att ta reda på hur det har fungerat att arbeta med processen presenteras i detta avsnitt deltagarnas och mina utvärderingar.

### 7.3.1. Deltagarnas utvärdering av delmomenten i processen

Det generella resultatet från deltagarnas utvärdering av processen visar att de är mycket positiva till den och att det har fungerat bra för dem att arbeta utifrån de olika delmomenten. I tabell 7 presenteras svarsfrekvensen för deltagarnas utvärdering av delmomenten.

Tabell 7: Svarsfrekvens för deltagarnas utvärdering av delmomenten.

Utvärdering: Delmoment	Antal deltagande deltagare i delmomentens utvärdering (st.)	Antal svarande deltagare (st.)
Inspirationsresa	2	2
Inspirationsföreläsning	10	10
Workshop	7	7
Gåtur och platsanalyser	5	5
Återkopplingsresa	1	1
Återkopplingsföreläsning	8	8

Samtliga svar kategoriserades under rubriken *positivt/fördelar med delmomenten i processen*, det vill säga inget svar kategoriserades under rubriken *negativt/nackdelar med delmomenten i processen*.

#### 7.3.1.1. Positivt/fördelar med delmomenten i processen

Representanterna för Vellinge kommun sa sig uppleva inspirationsresan som betydelsefull för att få ökad kunskap om utemiljöers möjlighet att utvecklas till vårdmiljöer. De uppfattade resdagen som välplanerad, spännande och meningsfull för det fortsatta gemensamma arbetet. En av dem kommenterade: *"Det har varit mycket spännande och lärorikt, jag visste inte att man kunde veta såhär mycket om utemiljöer"*. På återkopplingsresan var det endast en representant från Vellinge kommun som deltog. Denne person kommenterade bland annat: *"Det har varit en fördel att resultaten presenterades direkt i de olika utemiljöerna, det har gjort att jag verkligen förstår vad som är bra och mindre bra i dem"*.

Den generella uppfattning som går att läsa ut ur svaren är att deltagarna upplevde föreläsningarna som värdefulla och intressanta att få vara med på. Samtliga deltagare uppfattade att deras kunskapsnivå om *"Utemiljö som vårdmiljö"* hade ökat genom deltagandet på föreläsningarna. De var även enade om att föreläsning som metod var ett bra sätt för en gemensam start och avslutning på processen. En deltagare kommenterade: *"Mycket bra, jag har blivit så inspirerad och föreläsningarna har utgjort ett bra startskott och en möjlighet att knyta ihop säcken"*. En annan kommenterade: *"Föreläsningarna har också utgjort en arena där vi från de olika verksamheterna får komma tillsammans och samtala om det arbete vid utför, vi kan utbyta idéer"*.

Den generella upplevelsen av workshopen var också positiv och att den hade bidragit med ny kunskap om användandet av utemiljöerna. En aktivitetsledare kommenterade: *"Spännande att få vara med i det här arbetet, jag har tyckt det har varit givande"*. En annan kommenterade: *"Jag har fått mig en tankeställare"* och en tredje aktivitetsledare kommenterade: *"Den här workshopen var jätterolig att få vara med på, stegen vi har gått igenom har verkligen belyst något viktigt och den har bidragit med ny kunskap om hur vi själva arbetar, eller snarare inte arbetar i utemiljöerna"*.

Det övergripande resultatet från gåturer och platsanalyserna visar att metoderna upplevdes intressanta och användbara att arbeta utifrån. En kommentar var: *"Jag fick verkligen en aha-upplevelse när vi gick runt i trädgården, jag har bara positivt att säga om metoderna"*.

#### 7.3.1.2. Negativt/nackdelar med delmomenten i processen

Ingen deltagare i processen uttalade något negativt/någon nackdel med delmomenten i processen.

#### 7.3.2. Deltagarnas utvärdering av processen som helhet

I följande avsnitt presenteras deltagarnas utvärdering av upplevelsen av processen som helhet (tabell 8).

Tabell 8: Svarsfrekvens för deltagarnas utvärdering av processen i sin helhet.

<b>Utvärdering: Processen som helhet</b>	<b>Antal deltagande deltagare i utvärderingen av processen som helhet (st.)</b>	<b>Antal svarande deltagare (st.)</b>
Processen som helhet	4	3

Majoriteten av svaren kategoriserades under rubriken *positivt/fördelar med processen i sin helhet*, medan det resterande svaret kategoriserades under rubriken *negativt/nackdelar med processen i sin helhet*.

#### 7.3.2.1. Positivt/fördelar med processen i sin helhet

Processens helhet upplevdes även den som generellt positiv. En deltagare i studien kommenterade processen enligt följande: *"Jag tyckte alla de olika momenten var mycket bra och lärorika"*. En av representanterna för Vellinge kommun kommenterade processen med orden: *"Processen har varit väldigt strukturerad. Den stora vinsten är att aktivitetsledarna fått en ökad förståelse för utemiljöns betydelse och att den kan användas till flera olika delar även i vårdarbetet"*. Ytterligare en deltagare kommenterade: *"Mycket strukturerad och en röd tråd genom hela processen"*.

#### 7.3.2.2. Negativt/nackdelar med processen i sin helhet

En deltagare kommenterade angående processens helhetsupplevelse i relation till gåturen och platsanalysen: *"Jag upplevde metoderna som spännande att jobba utifrån. Till en början tyckte jag det var svårt att bedöma vart markeringen på linjen i platsanalysen skulle placeras, men efter ett tag kom jag in i arbetssättet"*.

#### 7.3.3. Sjukgymnastens utvärdering av delmomenten i processen

För att ta reda på hur det har fungerat för mig att arbeta utifrån processen presenteras i detta avsnitt min utvärdering av genomförandet av delmomenten. Genom att jag reflekterade över delmomentens *fördelar* och *nackdelar*, kom jag fram till att delmomenten hade många fördelar för processen. Den första fördelen som identifierades var att genom att beskriva organisationen erhöles kunskap om den. Detta var av värde för att kunna rikta kommande delmoment till de olika deltagarnas olika roller i organisationen. En annan fördel som också identifierades var att genom inspirationsresan och återkopplingsresan erhöles representanterna för Vellinge kommun en ökad medvetenhet om utemiljöns betydelse. En tredje fördel med delmomenten var att det teoretiska ramverkets innehåll utgjorde en gedigen kunskapsgrund för studien. Ytterligare en fördel var att genom Identifieringen av målgruppens behov i kontakt med utemiljön erhöles en god grund för att kunna konstruera underlag för workshop, gåturer och platsanalyser. Vidare ansågs att inspirations- och återkopplingsföreläsningen ökade deltagarnas kunskap och metoden ansågs vara ett bra sätt att starta/avsluta processen på. Workshopen upplevdes positiv och bidrog med ny kunskap. Gåturerna och platsanalyserna bidrog också med ny kunskap om utemiljöns potential att bli en tillgång i vårdmiljön. Avslutningsvis ansågs att det var en fördel för processen att delmomenten workshop, gåtur och platsanalys var erkända metoder. Jag identifierade tre nackdelar med användandet av delmomenten. Den första nackdelen som identifierades var att brukarperspektivet kunde åsidosättas och deltagarna responderar utifrån ett personalperspektiv. Den andra nackdelen identifierades till deltagarnas eventuella ointresse för studien och den tredje till deltagarnas eventuella bristande tid för att delta i studien (tabell 9).



Tabell 9: Sjukgymnastens fördelar och nackdelar med användandet av delmomenten i processen.

Fördelar:	Nackdelar:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Genom att beskriva organisationen erhöles kunskap om den. Detta var av värde för att kunna rikta kommande delmoment till de olika deltagarnas roller i organisationen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brukarperspektivet kan åsidosättas och deltagarna responderar utifrån ett personalperspektiv.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Genom att genomföra inspirationsresan och återkopplingsresan erhöles representanterna för Vellinge kommun en ökad medvetenhet om utemiljöns betydelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltagarnas eventuella ointresse för studien.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det teoretiska ramverkets innehåll utgjorde en gedigen kunskapsgrund för studien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltagarnas eventuella bristande tid för att delta i studien.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifieringen av målgruppens behov i kontakt med utemiljön utgjorde en god grund för att kunna konstruera underlag för workshop, gåturer och platsanalyser.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Genom inspirations- och återkopplingsföreläsningen ökade deltagarnas kunskap och metoden ansågs vara ett bra sätt att starta/avsluta processen på.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Workshopen upplevdes positiv och bidrog med ny kunskap.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gåturen och platsanalyserna bidrog med ny kunskap om utemiljöns potential att bli en tillgång i vårdmiljön.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Workshop, gåtur och platsanalys är erkända delmoment.</li> </ul>	

#### 7.3.4. Sjukgymnastens utvärdering av processen som helhet

För att ta reda på hur det har fungerat att arbeta med processen presenteras i detta avsnitt min utvärdering av genomförandet av processen. Min utvärdering av den egna upplevelsen av genomförandet av processen kring *"Utemiljö som vårdmiljö"*, visar också på ett generellt positivt resultat. Nedan presenteras mina upplevelser av processen, i form av en SWOT-analys (figur 10) (Föreningsresursen 2017c; Swot-analys.se 2016). Styrkorna som jag har upplevt med processen är att deltagarna har varit engagerade genom hela dess tidsomfång och att de bidrog med kunskap och erfarenhet i de olika delmomenten. Jag själv upplevde processen som sammanhållen och att det var gynnsamt för den att studien skrevs på deltid, vilket gjorde att det fanns tidsutrymme för processens tillvägagång. Svagheter som jag upplevde med processen var att den var tidskrävande och att jag saknade formell kunskap om projektledning. En annan svaghet som upplevdes var att det var många olika deltagare med olika roller från olika organisationer/verksamheter, vilket försvårade kommunikationen. En framtida möjlighet som jag upplever med processen är att andra professioner kan involveras och bidra med ytterligare kunskap (exempelvis undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster). En annan möjlighet är att inkludera ytterligare delmoment i studien (exempelvis intervju), för att erhålla en ännu djupare förståelse för fenomenen. Ett framtida hot som jag upplever med processen är att om det är dåligt väder i samband med resor, gåturer och platsanalyser minskar inspirationen till deltagande. Bedömningsarbetet vid gåturer och platsanalyser riskeras ske hastigt och därmed erhålls en sämre kvalitet.



Figur 10: Sjukgymnastens utvärdering kring upplevelsen av processen.

Ovan i kapitlet har resultaten för processutveckling, processgenomförande och processutveckling redovisats kategoriskt. Nedan följer ett resonemang om processens olika faser och där fyra betydelsefulla aspekter lyfts fram.

## 7.4. Startfasen – vikten av att känna till sammanhanget

För att få en bra början på en process är det av betydelse att det finns rätt förutsättningar för det kommande arbetet. I den här studien har de rätta förutsättningarna utgjorts av att beskriva den aktuella organisationen med de olika aktörerna och på så sätt har kunskap om sammanhanget tydliggjorts. Samtliga fyra aktörer arbetar på olika sätt och på olika organisatoriska nivåer för att stödja personerna med demenssjukdom. När startfasen är genomförd tar inspirationsfasen vid.

## 7.5. Inspirationsfasen – vikten av att väcka intresse och medvetandegöra

Inspirationsfasen handlar om att väcka intresse för studien och medvetandegöra deltagarna om nuvarande kunskapsläge i förhållande till hur arbetet för personer med demenssjukdom sker i nuläget. Det handlar om att skapa en ökad förståelse för vad landskapsarkitektur, miljöpsykologi och folkhälsa handlar om och hur dessa områden kan gynna kommunal hälso- och sjukvård. Till viss del handlar det

också om att, utifrån kunskapsläget, påtala brister som på så vis ökar medvetenheten om att utveckling inom verksamheter och utemiljöer bör ske. I denna process har inspirationsfasen utgjorts av en inspirationsresa och en inspirationsföreläsning. När inspirationsfasen var genomförd noterades att deltagarnas motivation till att fortsätta processen var hög och på så vis blev vi tillsammans in i processens nästa fas, det vill säga genomförandefasen.

## 7.6. Genomförandefasen – vikten av att göra det tillsammans

För att lyckas med processens genomförandefas fanns det ett ömsesidigt beroende mellan mig som författare och studiens deltagare. Som författare till studien fanns beroende av deltagarnas kunskap om och erfarenheter av personer med demenssjukdom och tvärtom, deltagarna var beroende av mig, både som processledare och som person med specialistkompetens. Det var därför av stor betydelse att vi genomförde processen tillsammans. I studiens genomförandefas ingick delmoment som workshop, gåturer och platsanalyser. Genom denna metodtriangulering och påföljande analys, utkristalliserades studiens resultat, där med många infallsvinklar och detaljer synliggjordes för hur utemiljön kan bli en del av vårdmiljön. När de olika delmomenten var genomförda, övergick processen i den sista delen, det vill säga responsfasen.

## 7.7. Responsfasen – vikten av att återkoppla och utvärdera

Då studien har omfattat flertalet olika delmoment och olika deltagare varit med vid olika delmoment, fanns ett behov av att ge en sammanfattande respons, det vill säga att återkoppla resultaten. Detta gjordes genom en återkopplingsresa till analyserade utemiljöer och två identiska återkopplingsföreläsningar. I responsfasen fanns utrymme för dialog, dels kring de resultat som framkommit genom de olika delmomenten och dels om hur Vellinge kommun önskar arbeta vidare utifrån studiens resultat.

I processmodellen ingår inte processutvärderingen, men den kan ändå nämnas i detta sammanhang, då utvärdering är en form av respons. Att utvärdera det som genomförts, det vill säga att exempelvis fördelar, nackdelar, styrkor och svagheter med processen synliggörs, möjliggörs för reflektion och kritiskt granskande. Att både deltagarna och jag som författare har utvärderat processen gör att utvärderingen åskådliggör båda perspektiven, vilket är positivt.

## 8. DISKUSSION

---

I *resultatdiskussionen* diskuteras resultaten utifrån studiens syfte, frågeställningar och forskningsfält. Vidare följer ett avsnitt om mina *reflektioner av utemiljöns betydelse* i det fortsatta arbetet med främjande av fysisk aktivitet och fallprevention. Metoden diskuteras i *metoddiskussionen* och kapitlet avslutas med *slutsatser* samt tankar kring *vidare forskning*.

### 8.1. Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen diskuteras resultaten från de tre stegen *processutveckling*, *processgenomförande* och *processutvärdering* av studien "*Utemiljö som vårdmiljö*". Det första avsnittet handlar om det första steget, processutvecklingen.

Den processmodell som har utvecklats, genomförts och utvärderats i studien har varit mycket intressant och lärorik att arbeta utifrån. Från början av studien fanns ett tydligt syfte och definierade frågeställningar. Processutvecklingen skedde genom ett samspel mellan forskning, aktion och utbildning. Delmomenten utkristalliserades som lämpliga metoder och jag arbetade med dess innehåll och utförande. En reflektion som jag gör över processmodellen är att det var gynnsamt att kategorisera den dels utifrån de olika aktörerna (representanter för Vellinge kommun, sjukgymnasten, aktivitetsledare vid vård- och omsorgsboendena och verksamhetscheferna vid vård- och omsorgsboendena) och dels utifrån de fyra faserna (startfasen, inspirationsfasen, genomförandefasen och responsfasen). Detta förenklade strukturen och läsbarheten av processen och beskrev på ett tydligt sätt vilka deltagare som var involverade i respektive fas och delmoment. Under processens gång reviderades studiens syfte och frågeställningar, för att bli ännu mer specifika, vilket har varit positivt för processen i sin helhet. Processmodellen som utvecklades låg till grund för genomförandet av processen. Sammantaget är det min åsikt att följordningen på delmomentens genomförande var tillfredsställande.

I avsnitten nedan diskuteras resultaten från steg två, det vill säga från processgenomförandet. Processgenomförandet utgjordes av de fyra faserna. När det kommer till processgenomförandet ser jag både fördelar och nackdelar med det. Nedan beskrivs några av dem på ett övergripande plan. Den första reflektionen handlar om startfasen, det vill säga om beskrivningen av organisationen. Detta moment skedde smidigt via Vellinge kommuns hemsida och det är min reflektion att det var en fördel att detta delmoment utgjorde det första steget i processen. En god förståelse för aktuell organisation erhöles på så vis.

Avseende inspirationsresan (inspirationsfasen) var det fördelar att representanter för Vellinge kommun fick ökad medvetenhet om utemiljöns betydelse och hur verksamhet kan bedrivas utomhus. Jag reflekterar över att det också skulle kunna vara en fördel om aktivitetsledarna fick vara med och samtala med personal som i nuläget bedriver verksamhet i utemiljö. Denna aspekt har identifierats som ett delmoment som saknades i processen. Utifrån att det är Vellinge kommun som via avtal styr verksamheterna som bedriver vård och omsorg, bedömde jag initialt att det var av större vikt att representanterna för Vellinge kommun fick ökad medvetenhet och kunskap. Syftet med det var att de i nästa steg kunde skriva in aspekten av *utomhusverksamhet* i avtalsunderlagen. Dock fick samtliga deltagare möjlighet att delta vid inspirationsföreläsningen, vilket betyder att möjlighet till inspiration fanns tillgänglig.

I genomförandefasen ingick delmoment som workshop, gåturer och platsanalyser. Att använda workshop som ett delmoment har fungerat mycket bra och varit lärorikt. Skulle workshopen genomföras ytterligare en gång skulle inget delmoment tas bort. Workshopen skulle däremot kompletteras med frågan: *"Hur kan ni aktivitetsledare möjliggöra för god återhämtning i utemiljön efter avslutad fysisk aktivitet?"*, då många utav samtalen kom att handla om aktiviteter/fysiska aktiviteter som *utförs* i utemiljöerna.

Vidare uppfattades inget moment saknas eller vara överflödigt i gåturen. I platsanalysverktyget kan däremot användandet av Lynch-orienteringsverktyg diskuteras. Å ena sidan är orientering viktigt för att målgruppen ska kunna genomföra fysisk aktivitet i utemiljöerna och därför bör det finnas med och på djupet undersökas. Å andra sidan ingår orientering som en kvalitet i den varsamma designen (i teorin om behovspyramiden) och därmed kunde Lynch-orienteringsverktyg uteslutas, om generell kunskap om orienteringen i utemiljön uppfattades som tillräcklig. Att platsanalysverktyget hade konstruerats utifrån en VAS-skala, gjorde bedömningen inför varje kvalitet intressant, då det tvingade aktivitetsledaren och mig till ett aktivt ställningstagande. Bedömningarna är å ena sidan subjektiva, å andra sidan bygger de på en sambedömning, vilket ökar dess trovärdighet.

Som helhet är det min uppfattning att samtliga delmoment i processen har svarat upp mot sina planerade syften och att ordningen på dem har gjort processen sammanhållen. Jag bedömer att det inte är något delmoment som skulle behöva göras om, för att erhålla ett tillfredsställande resultat. Detta betyder att jag tycker att samtliga delmoment har genererat ett tillräckligt stort underlag.

Responsfasen innehöll delmomenten återkopplingsresa och återkopplingsföreläsning och det är min ståndpunkt att dessa två delmoment medverkade till, som jag uppfattar det, att processen och studien fick ett tydligt avslut gentemot deltagarna. Vid dessa delmoment fanns möjlighet till ömsesidig respons, vilket jag upplever som positivt.

I det tredje steget, själva utvärderingen av processen diskuterar jag resultaten från både deltagarnas och mina egna utvärderingar samt kring processutvärderingen som metod. Först diskuteras deltagarnas utvärdering av delmomenten och processen som helhet. Att deltagarna upplevde delmomenten som enbart positiva, tycker jag är glädjande. Jag tolkar det som att samtliga delmoment som deltagarna involverades i, upplevdes positiva att delta i. En deltagare kommenterade såhär angående inspirationsresan: *"Det har varit mycket spännande och lärorikt, jag visste inte att man kunde veta såhär mycket om utemiljöer"*. Ett uttalande som detta, tydliggör enligt mig vikten av kunskapsspridning till beslutsfattare, i syfte att göra dem medvetna om utemiljöns betydelse i vårdsammanhang. Avseende deltagarnas utvärdering av processen som helhet, var underlaget för deltagande lågt. För att få delta i utvärderingen skulle deltagarna ha deltagit i hela processen och arbeta kvar på sina respektive arbetsplatser. När jag summerade vilka som deltagit i hela processen och som arbetade kvar, var det endast fyra stycken. (Detta visar på utmaningen som finns med personalomsättning inom vård och omsorg.) Utav de som responderade var det en deltagare som kommenterade: *"Till en början tyckte jag det var svårt att bedöma vart markeringen på linjen i platsanalysen skulle placeras, men efter ett tag kom jag in i arbetssättet"*. Detta tolkar jag som att deltagarna skulle behövt tydligare information från mig, kring tillvägagångssättet.

Jag vill i detta stycke göra en reflektion kring processens genomförande i relation till de deltagare som representerade vård- och omsorgboendet Kronodalsgården, vars utemiljö exkluderades från gåturer och platsanalyser. Anledningen till detta val grundades på att boendet kommer rivas inom kort, vilket också beskrivits i avsnitt om studiens avgränsningar. Deltagarna från Kronodalsgården deltog i inspirationsföreläsningen och workshopen, däremot deltog de inte på återkopplingsföreläsningen. Huruvida detta påverkade utvärderingsresultaten blir endast en spekulering från min sida. Utifrån att samtliga deltagare endast hade positiva kommentarer om delmomenten, påverkades inte den

utvärderingen. Eftersom de inte deltog i återkopplingsföreläsningen, fick de därför inte heller möjlighet att uttala sig om processen i sin helhet. Eventuellt skulle ett mer negativt resultat framkommit där om de fått möjlighet att uttala sig.

I styckena nedan diskuteras mina reflektioner kring processutvärderingen som metod. Deltagarnas utvärdering av delmomenten och processen i sin helhet skedde dels genom muntliga frågor och dels via mailfrågor. En fördel som jag upplevde med tillvägagångssättet var att deltagarna svarade spontant och ärligt. En nackdel med den muntliga responsen var att det blev min uppgift att dokumentera svaren, vilket kan försvåras om flera deltagare vill svara samtidigt. I avslutningen av processen som helhet mailade jag tre frågor till de deltagare som varit med i hela processen och som arbetade kvar på sina respektive arbetsplatser. Att använda mail som tillvägagångssätt för att inhämta information var smidigt för mig. Nackdelen som jag upplevde med mailresponsen var att svaren var mindre innehållsrika jämfört med vid den muntliga responsen samt att en deltagare inte svarade. I samband med den muntliga responsen svarade samtliga deltagare på frågorna.

Mina egna utvärderingar av delmomenten i processen och av processen som helhet, skedde genom att identifiera fördelar och nackdelar och genom en SWOT-analys. Båda dessa metoder fungerade bra för mig. En nackdel med att endast fokusera på fördelar och nackdelar kring utvärderingen av delmomenten är att det inte erhålls någon vidare information om hur nackdelarna skulle kunna utvecklas för att inte vara nackdelar längre.

## 8.2. Sjukgymnastens reflektioner över utemiljöns betydelse i det fortsatta kommunala arbetet

I detta stycke reflekterar jag över utemiljöns betydelse i det fortsatta kommunala arbetet med fysisk aktivitet och fallprevention. Reflektionsperspektivet är utifrån Vellinge kommuns statistik om fallolyckor och fallpreventivt arbete, Socialstyrelsens rekommendationer (2010) samt de faktiska resultaten från delmomenten i processutvecklingen. Reflektionen görs utifrån fyra utgångspunkter och avslutas med en teoriutveckling. Den första utgångspunkten är *att utemiljön är en miljö som möjliggör för och inbjuder till fysisk aktivitet*. Den andra utgångspunkten är *att utemiljön är en miljö som med sin utformning bidrar till minskat antal fallolyckor*. Den tredje, *att utemiljön är en miljö för återhämtning efter genomförd fysisk aktivitet* och den fjärde utgångspunkten är *att utemiljön är en miljö att bedriva vård och omsorgsverksamhet i*. För att enklare förstå mitt tankesätt, rekommenderas en återblick på diagram 4. Jag reflekterar över målgruppens behov i förhållande till platsanalysresultat för kategorierna: *behovspyramiden, inspirerande design, varsam design* och *målgruppens specifika behov*.

Den första utgångspunkten är att utemiljön är en miljö som möjliggör för och inbjuder till fysisk aktivitet. Många av personerna som bor på Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden råkar ut för fallolyckor, enligt statistik från Vellinge kommuns fallregistreringar. Vellinge kommuns fallpreventiva arbete, via det nationella kvalitetsregistret Senior alert, indikerar att åtgärden muskelfunktions- och styrketräning (som i den här studien representerar fysisk aktivitet), planeras oftare än den genomförs samt att den endast genomförs i 16% av de bedömningar där fallrisk konstaterats. Detta resultat indikerar en låg andel genomförande och att fysisk aktivitet inte nyttjas som fallprevention i någon större omfattning. Utifrån detta resonemang rekommenderar jag att åtgärden muskelfunktions- och styrketräning planeras oftare samt att genomförandegraden ökar. I det fortsatta arbetet anser jag att utemiljön kan spela en betydande roll i detta arbete. Utemiljöer med exempelvis många inslag av sinnesstimulering, många inslag av igenkänning och där goda möjligheter till genomförande av olika fysiska aktivitetsmoment finns (kan ses som högt platsanalysresultat för kategorin *målgruppsspecifika behov*), medför goda möjligheter att genomföra evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom. Exempelvis,

finns det mycket att fascineras över och upptäcka i utemiljön, i form av symbolism, kultur och trygghet till det förflutna, artrikedom samt sinnlig njutning av natur (Bengtsson & Grahn 2014a), borde det motivera och inbjuda till att promenader och evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet sker i större utsträckning, än i de fall där utemiljön har ett lågt resultat. Detta pekar på att det kan vara ett samspel mellan utemiljöns innehåll och lusten att vara fysisk aktiv i den, vilket betyder att det är av stor vikt att utemiljöerna är innehållsrika, då de kan underlätta för verksamheterna att motivera till främjande av fysisk aktivitet, som fallprevention i det fortsatta arbetet. Så som utemiljöerna är utformade i nuläget, varierar möjligheterna och därmed förutsättningarna för att fysisk aktivitet ska kunna genomföras utomhus. Detta ses som ett hinder för att det fortsatta arbetet med fallprevention och främjande av fysisk aktivitet ska kunna utvecklas. Det är min åsikt att utemiljöer med exempelvis många inslag av symbolism, kultur och trygghet till det förflutna, artrikedom och sinnlig njutning kan inbjuda till genomförande av evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom, då dess kvaliteter helt enkelt lockar till utevistelse (kan ses som högt platsanalysresultat för kategorin *inspirerande design*).

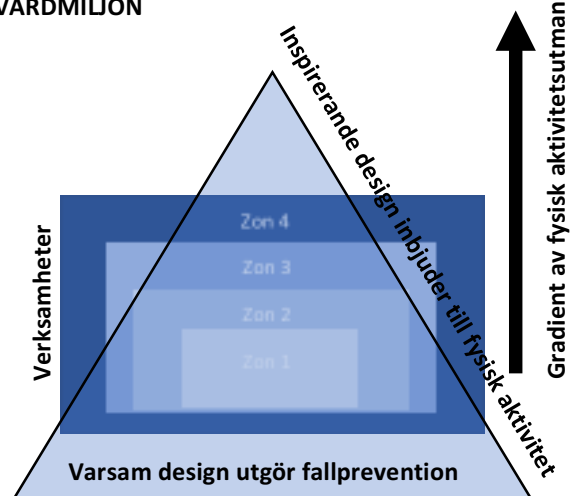
Den andra utgångspunkten är att utemiljön är en miljö som med sin utformning bidrar till minskat antal fallolyckor. Trygghet och tillgänglighet i (ute)miljön för personer med demenssjukdom är något som har högsta prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer (2010). Att endast 1 % av de registrerade fallolyckorna i Vellinge kommun sker utomhus kan ses ur två perspektiv. Å ena sidan bör det inte tolkas som att det är säkrare att vistas utomhus än inomhus, utan troligare är att personerna vistas mer inomhus än utomhus. Å andra sidan visar forskning att personer med Parkinsons sjukdom oftare får freezing of gait (frysning av rörelse i gångsteget) inomhus, jämfört med utomhus och råkar därmed ut för fler fallolyckor inomhus jämfört med utomhus. Denna aspekt är av intresse utifrån att vissa demenssjukdomar, exempelvis Lewi body demens har kopplingar till Parkinsons sjukdom (Alzheimerfonden 2017; Ottosson et al. 2015). I det teoretiska ramverket om fysisk aktivitet framkom att träning som förbättrar balans och benstyrka hos personer med demenssjukdom, inte är kopplat till minskad fallrisk i samma utsträckning som hos personer utan demenssjukdom (FYSS 2015b). Tolkningen som kan göras utifrån det är att det är fler delar än balans och benstyrka som utgör fallriskfaktorer för dem och denna studie pekar på att utemiljöernas utformning kan utgöra just sådan fallrisk. Kvaliteterna (i den varsamma designen) *Nära och enkelt*, *Trygghet och säkerhet*, *Avgränsning* samt *Orientering* (Bengtsson & Grahn 2014a) utgör i sig fallprevention, enligt mig. Exempelvis, om det finns en automatisk dörröppnare vid in/utgången minskas fallrisken. Detta på grund av att då behöver personen endast fokusera på sin förflyttning mellan inomhus- och utomhusmiljö och inte rikta uppmärksamheten på att låsa upp dörren, öppna den samt säkerställa att den är öppen under hela passagen ut. Exemplet belyser tydligt hur viktigt det är för vård- och omsorgsverksamheter att vidga perspektiven och arbeta tvärvetenskapligt med sakkunniga inom landskapsarkitektur för att kunna minska antalet fallolyckor. Utemiljöer som är utformade i enlighet med begreppen *Nära och enkelt*, *Trygghet och säkerhet*, *Avgränsning* samt *Orientering* (kan ses som högt platsanalysresultat för kategorin *varsam design*) är alltså att eftersträva i utemiljöerna, då kvaliteterna kan bidra med minskning av fallolyckor utomhus, i samtliga fyra zoner av kontakt med utemiljön. Vid Vellinge kommuns vård- och omsorgsboenden varierar måluppfyllelseresultatet för varsam design mellan 20%-80%, vilket tydliggör en stor spridning och att det inte finns en generell policy för hur fallsäkrade utemiljöerna är. I Socialstyrelsens publikation *En nationell strategi för demenssjukdom* (Socialstyrelsen 2017) lyfts begreppet *demensvänligt samhälle*. I begreppet inbegrips även demensvänliga utemiljöer och i kontexten av denna studie kan påpekas att om inte utemiljöerna vid vård- och omsorgsboendena är fallsäkrade att vistas i för personer med demenssjukdom, är de inte demensvänliga.

Den tredje utgångspunkten är att utemiljön är en miljö för återhämtning efter genomförd fysisk aktivitet. Vikten av att kunna återhämta sig i utemiljön efter genomförd fysisk aktivitet, var ett samtalsämne som framkom i workshopen och anses också av mig vara en viktig del i det fortsatta arbetet. Goda förutsättningar för att en utemiljö ska vara hälsosam och stödjande ges när det exempelvis finns en

mångfald i olika naturkaraktärer, det vill säga när möjlighet ges att kunna välja i vilken typ av natur man vill vistas i (Grahn et al. 2010). En annan god förutsättning är när personerna själva kan välja ifall de vill vistas i utemiljöer som kräver aktivt eller passivt engagemang, det vill säga hur exponerad för andra personer de vill vara (Bengtsson & Grahn 2014b). Möjligheten till god återhämtning ökar, ju mer av dessa inslag och valmöjligheter som finns i utemiljön (kan ses som högt platsanalysresultat för kategorin *behovspyramiden*). Ett annat perspektiv som också bör finnas i åtanke är att utemiljön även bör kunna erbjuda de boende en miljö som är stödjande och innehåller kvaliteter som stödjer dem i deras livssituation. Därför är det viktigt att utemiljön är stödjande och kan kommunicera med sorgen över att livet snart är förbi.

Den fjärde och sista utgångspunkten är att utemiljön är en miljö att bedriva vård och omsorgsverksamhet i. Från BPSD-registret har statistik inhämtats kring nyttjandegraden av åtgärdsinsatserna fysisk aktivitet och utevistelse. Statistiken visar att insatserna inte planeras i någon större utsträckning (17% respektive 25%), vilket kan tolkas som att fysisk aktivitet och utevistelse inte ingår i den dagliga vården och omsorgen av de personer med demenssjukdom som har BPSD-problematik. Utifrån denna statistik borde en överbryggnings mellan inomhus- och utomhusmiljö ske, där förskjutningen går mer och mer åt att utemiljöerna blir en självklar del av vårdmiljön och dels ses som en tillgång och dels som en naturlig miljö att bedriva vård- och omsorgsverksamhet i. Det är min åsikt att verksamheterna skulle utvecklas ytterligare om aktivitetsledarna involverades i arbetet med kvalitetsregistren Senior alert och BPSD-registret, något som inte sker idag, då de exempelvis skulle kunna vara behjälpliga i att bistå personer med demenssjukdom i samband med åtgärdsinsatsen fysisk aktivitet utomhus. Ett annat förslag till verksamhetsutveckling är att den legitimerade personalen också inkluderas i arbetssättet, exempelvis kan gångträning och förflyttningsträning med fördel ske utomhus. För att utemiljön ska få en betydande roll i vårdmiljön är det nödvändigt att beslutsfattare inom de olika organisationerna och verksamheterna fattar beslut i denna riktning, leder arbetet och ger personalen rätt förutsättningar. Min egen betydelse i sammanhanget skulle kunna utgöra en nyckelroll i det fortsatta arbetet med främjande av fysisk aktivitet och fallprevention utomhus. Jag besitter kunskap både om genomförande av evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet och om hur utemiljöer konkret skulle kunna utvecklas till vårdmiljöer. Att bedriva vård- och omsorgsverksamhet i utemiljö är något som jag också tycker mig finna stöd för i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010), där de bland annat poängterar vikten av fallpreventivt arbetet, fysisk aktivitet och utevistelse.

#### UTEMILJÖN SOM EN TILLGÅNG I DEN BEFINTLIGA VÅRDMILJÖN



Figur 11: Kunskapsutveckling av miljöpsykologiska teorier i relation till fysisk aktivitet, fallprevention och verksamhet.

Avslutningsvis vill jag sammanfatta utemiljöns betydelse för det fortsatta arbetet med fallprevention och främjande av fysisk aktivitet, genom en kunskapsutveckling av begreppen *behovspyramiden*, *varsam* och *inspirerande design* samt fyra zoner av kontakt med utemiljön i relation till fysisk aktivitet, fallprevention och vård- och omsorgsverksamheter (figur 11). Figuren tydliggör att utemiljöer som är kvalitetsbedömda och utvecklade enligt miljöpsykologiska teorier och målgruppens specifika behov: 1.) Inbjuder, genom den *inspirerande designen*, till evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet i alla fyra kontaktzoner i utemiljön och där utmaningsnivån på den fysiska aktiviteten går att stegra ju längre ut i utemiljön personer med



demenssjukdom vistas, 2.) *Den varsamma designen* utgör genom sina kvaliteter fallprevention i alla fyra kontakzoner i utemiljön, 3.) En utemiljö som utgår ifrån *behovspyramiden* och dess kvaliteter är generellt en stödjande och hälsosam vårdmiljö, i alla fyra kontakzoner i utemiljön, där möjlighet till god återhämtning efter genomförd fysisk aktivitet finns och 4.) *Verksamheter* inom vård och omsorg kan erbjuda och bistå personer med demenssjukdom evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet i alla fyra kontakzoner i utemiljön. Det är helheten, en samverkan mellan både utemiljöernas utformning och innehåll samt verksamheternas erbjudande om att bistå personer med demenssjukdom i genomförandet av evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet, som gör att utemiljön kan bli en tillgång i det fortsatta arbetet och för att möjliggöra detta krävs synsättet: "*Lokalplanering är i realiteten verksamhetsutveckling*" (Elf 2014 s. 298), det vill säga god vårdarkitektur kan bidra i arbetet med fallprevention och främjande av fysisk aktivitet. Sätts studiens kunskap in i ett bredare perspektiv, betyder det att personer med demenssjukdom, boendes på vård- och omsorgsboenden, får genom införandet av kvalitetssäkrade utemiljöer, tillgång till en betydligt större och mer varierande vårdmiljö, som kan gynna både främjandet av fysisk aktivitet och fallprevention.

### 8.3. Metoddiskussion

Att använda aktionsforskning som övergripande metod för att utveckla, genomföra och utvärdera en process, har enligt mig fungerat väl. Den kvalitativa ansatsen, med fokus på mening och innebörd, har lett fram till en ökad förståelse för studien om "Utemiljö som vårdmiljö" (Alvehus 2013; Malterud 2009). Samspelet mellan metodtrianguleringen: forskning, aktion och utbildning (Swedner 1996) har inneburit variation i processen, vilket har varit bra enligt mig. Genom forskningsdelen gavs möjlighet att förkovra sig inom intresseområden och dessa fick sedan utgöra grunden för studien. De olika delmomenten inom aktionsdelen var synnerligen spännande att genomarbeta tillsammans med deltagarna och de bidrog på olika sätt till en sammantagen kunskapsökning. Det har vidare funnits gynnsamma förutsättningar för att bedriva aktionsforskning. Det introspektiva perspektivet är en förutsättning och utifrån min långvariga anställning inom organisationen fanns god kännedom om dels studiens bakgrund och dels organisationen (Denscombe 2014). En annan fördel som jag vill lyfta fram är det goda samarbetet med deltagarna under hela processens genomförande (Swedner 1996).

Jag har även identifierat några nackdelar med aktionsforskning som metod. En nackdel som blivit tydlig är att aktionsforskning är en iterativ forskningsprocess (Denscombe 2014), vilket betyder att den kan hålla på i det oändliga. Jag har varit medveten om detta och definierade avgränsningar har varit av betydelse. En annan nackdel som identifierats är att vissa menar att aktionsforskning som metod producerar ett resultat som endast blir relevant i det sammanhang som det är framtaget ur. Denna aspekt visar på metodens begränsade möjligheter att göra generaliseringar av resultatet (ibid.). Dock ska påpekas att beroende av vilka typfall som väljs, kan resultatet trots allt generaliseras. Exempelvis om flera olika typfall som täcker in ett normalt spektrum av forskningsområdet studeras, erhålls ett resultat med en god generell bild av förhållandena dvs. i sådan kvantitativ forskning får man reda på kontextuella samband, ett slags perspektiv på verkligheten, som de kvantitativa studierna inte kan upptäcka (Hart & Bond 1998; Leung 2015). Jag gör reflektionen att detaljresultaten i denna studie är bundna till det specifika sammanhanget, men att processen som har utvecklats i studien, kan tillämpas för andra organisationer som vill utveckla sitt arbetssätt inom vård och omsorg.

Att använda utvärderingsforskning som delmetod har varit lärorikt. En fördel som jag identifierar med att använda utvärdering som metod är att det i den här studien inte har krävts omfattande resurser för dess genomförande. En nackdel som jag identifierat är att det kan vara svårt att göra bedömningen av innehållet, det vill säga att tolka och värdera materialet på ett korrekt sätt. Jag innehar två roller i denna studie. Den ena rollen är processutvecklaren och utifrån det perspektivet kan jag vara angelägen om att

utvärderingsresultatet av processen är positivt. Den andra rollen jag innehar är att utvärdera utvärderingsresultaten. I denna situation finns därmed en risk att jag själv, medvetet eller omedvetet, bortser från, tonar ned misslyckanden eller överbetonar det som gått bra (Karlsson 1999).

En kvantitativ studies kvalitet speglas av dess reliabilitet och validitet (Esaiasson et al. 2012). Denna studie har ett kvalitativt tillvägagångssätt och fokus har varit på processutveckling, processgenomförande och processutvärdering om hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön. Det är inte helt enkelt att i kvalitativ forskning bedöma studiers reliabilitet och validitet, utan i dessa sammanhang fokuseras istället på studiens trovärdighet och exakthet (Graneheim & Lundman 2004). Studiens trovärdighet bedöms som hög, då den dels har involverat en triangulering av metoder och dels att flera olika utemiljöer har undersökts samt att flera olika nyckelpersoner har bidragit med sin kunskap, det vill säga studien förmedlar en trovärdig bild av verkligheten. Gällande exakthet i studien, är det svårt att svara på om resultaten skulle bli desamma i en upprepande situation, de borde vara liknande, men det kan vara svårt att bevisa och undersöka eftersom det är svårt att genomföra en exakt liknande situation. Valet av rätt undersökningsmetod, det vill säga aktionsforskning, bör också granskas. Utifrån aktionsforskningens karaktär är det min ståndpunkt att rätt metod har använts för studien, då den har fokuserat på att utveckla, genomföra och utvärdera en process för hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön.

Ett pedagogiskt mål med studien var att öka kunskapen hos deltagarna om utemiljöns betydelse som vårdmiljö, med fokus på fysisk aktivitet och fallprevention. En av deltagarna uttryckte: "Jag tyckte alla de olika momenten var mycket bra och lärorika". Citat får utgöra en bekräftelse på att deltagarna uppnådde det pedagogiska målet om ökad kunskap om utemiljöns betydelse som vårdmiljö.

Vid en studie är det alltid viktigt att granska insamlad information utefter källkritiska principer (Esaiasson et al. 2012). De två olika kunskapsfälten, teoretiska och handlingsinriktade, som har utvecklat sina specifika kunskaper har varit värdefulla att integrera med varandra, för att på så vis utveckla ny kunskap om utemiljöer som vårdmiljöer. De teoretiska källorna i studien utgjordes av kända verk som redan är granskade av andra parter. Det empiriska material som har samlats in genom delmomenten är av kvalitativt slag och består av enskilda individers åsikter och erfarenheter vid en viss tidpunkt. Hade de olika delmomenten genomförts vid ett annat tillfälle eller med en annan individ hade resultatet kunnat se annorlunda ut, dock genomfördes delmomenten med individer med liknande arbetsuppgifter. Jag har kopplingar till samtliga deltagare och indirekt till de personer med demenssjukdom som bor på vård- och omsorgsboendena och kan på så sätt inte upprätthålla ett neutralt förhållningssätt till ämnet.

## 8.4. Slutsatser

Studiens fokus har varit att utveckla, genomföra och utvärdera en processmodell, om hur utemiljön vid vård- och omsorgsboenden för personer med demenssjukdom kan bli en tillgång för att främja fysisk aktivitet och fallprevention. Studien har lett fram till fem stycken slutsatser som jag vill lyfta fram. Den första slutsatsen är att en process kan utvecklas genom komponenterna *forskning, aktion och utbildning*. Den andra slutsatsen är att en process kan genomföras genom delmomenten: *beskrivning av organisation, inspirationsresa, identifiering av teoretiskt ramverk, inspirationsföreläsning, identifiering av målgruppens behov i kontakt med utemiljön, workshop, gåturer, platsanalyser, återkopplingsresa och återkopplingsföreläsning*. Den tredje slutsatsen som jag vill framhålla är att de delmoment som nämndes ovan kan sammantaget bidra med kunskap om hur utemiljön kan bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön för att främja fysisk aktivitet och fallprevention. Den fjärde slutsatsen är att den process som har beskrivits i studien, kan utvärderas genom *muntliga och skriftliga frågor*, genom att reflektera över *fördelar och nackdelar* samt genom *SWOT-analys*. Tidigare studier har fokuserat på fallpreventiva effekter av fysisk

aktivitet samt hälsofrämjande fördelar med utevistelse. Denna studie har adderat en ny aspekt att överväga vid utformning av utemiljöer som vårdmiljöer samt kring verksamheters arbete med fysisk aktivitet och fallprevention. Avslutningsvis den femte slutsatsen, för att utemiljön ska kunna bli en tillgång i den befintliga vårdmiljön vid vård- och omsorgsboenden i Vellinge kommun för personer med demenssjukdom, bör både *utemiljöer och verksamheter utvecklas* utifrån SWOT-analysernas resultat.

## 8.5. Vidare forskning

Det finns behov av fortsatt kunskapsutveckling inom området *"Utemiljö som vårdmiljö"*. Fler och mer djupgående studier om effekter av att genomföra fysisk aktivitet i utemiljöer, som är utformade enligt evidensbaserad hälsodesign, skulle bidra med ökad förståelse. Likaså skulle frågorna: *"Vad är en personcentrerad vårdmiljö i ett utomhussammanhang för personer med demenssjukdom?"* samt *"Hur är ett demensvänligt samhälle utformat?"*. Det vore också intressant att genomföra forskning, liknande Ottosson et al.:s (2015), där ett symptom (freezing of gait vid Parkinson sjukdom) kopplas ihop med utformningen av utemiljön och som genom en sådan typ av forskning kan påvisa att rätt design kan underlätta för patientkategorin. Vidare finns det bevis för att grönska i utemiljön relaterar positivt till fysisk aktivitet för barn (Floriani & Kennedy 2008), det vore därför intressant att studera ifall det även gäller för personer med demenssjukdom. Ett annat behov av vidare forskning är att undersöka hur BPSD-bedömningens parametrar förändras, exempelvis avseende motorisk rastlöshet, sömn, agitation och matlust, vid genomförande av åtgärdsinsatserna: 1.) daglig utevistelse 2.) daglig fysisk aktivitet 3.) daglig utevistelse i kombination med fysisk aktivitet. En sista aspekt som vore synnerligen intressant att undersöka är att göra en tvärvetenskaplig studie tillsammans med en ekonom, som kan analysera de förväntade ekonomiska vinsterna med implementering av konceptet *"Utemiljö som vårdmiljö"*. Ett första nödvändigt steg mot en utveckling är dock att kartlägga i vilken omfattning personer med demenssjukdom får möjlighet att genomföra evidensbaserad fallpreventiv fysisk aktivitet utomhus, då det är kunskap som helt saknas (Socialstyrelsen 2016).

## 9. REFERENSER

---

- Abramsson, K. & Tengart, C. (2003). Grön Rehabilitering. Behov, möjligheter och förutsättningar för en grön rehabiliteringsmodell. Växjö: LRF Sydost.
- Adevi, A. A. & Grahn, P. (2011). Attachment to certain natural environments. A basis for choice of recreational settings, activities and restoration for stress. *Environmental and Natural Resources Research*, 1:36-52.
- Alfacare. (2017). Manuped follo stabilis. Tillgänglig: <http://www.alfacare.se/hjalpmedel/tippbrador/follo-futura/manuped-follo-stabilis-arm-och-bencykel-720600-p0000037865> [2017-08-31].
- Alvehus, J. (2013). Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok. Stockholm: Liber.
- Alzheimerfonden. (2017). Parkinsondemens och Lewykroppsdemens. Tillgänglig: [http://www.alzheimerfonden.se/om\\_demens/parkinsondemens-lewykroppsdemens](http://www.alzheimerfonden.se/om_demens/parkinsondemens-lewykroppsdemens) [2017-09-28].
- Alzheimer Sverige (2016). Fakta om sjukdomarna. Tillgänglig: <http://www.alzheimersverige.se/fakta-om-sjukdomarna/> [2016-12-29].
- Aniansson, A., Frändin, K., Mellström, D. & Rundgren, Å. (2001). Geriatrisk aktivitet. I Höök, O. (red.) Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber.
- Bengtsson, A. & Carlsson, G. (2006). Outdoor environments at three nursing homes: Focus group interviews with staff. *Journal of Housing for the Elderly*, 19(3), pp. 49-69.
- Bengtsson, A. & Grahn, P. (2014a). Natur och trädgård i ett vårdssammanhang. I Wijk, H. (red.) Vårdmiljöns betydelse. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, A. & Grahn, P. (2014b). Outdoor environments in healthcare settings: A quality evaluation tool for use in designing healthcare gardens. *Urban Forestry & Urban Greening*. Volume 13, Issue 4, 2014, Pages 878-891.
- Bergbom, I. (2014). Natur och trädgård i ett vårdssammanhang. I Wijk, H. (red.) Vårdmiljöns betydelse. Lund: Studentlitteratur.
- Berggren-Barring, A. & Grahn, P. (1995). Grönstrukturens betydelse för användningen. *Landskapsplanering Rapport 95:3* Alnarp: SLU.
- Berglund, M. (2014). Ledarskapets betydelse för en salutogen vård- och boendemiljö. I Wijk, H. (red.) Vårdmiljöns betydelse. Lund: Studentlitteratur.
- Björkqvist, U. (2009) *Naturnära omsorg – en handbok*. Kårkulla samkommun, Vasa.
- Brach, JS., Van Swearingen, JM. & Perera, S. (2013). Motor learning versus standard walking exercise in older adults with subclinical gait dysfunction: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1879-86).
- Brocki, J. & Wearden, A. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in Health Psychology. *Psychology and Health*, 21 (1) pp. 87-108.
- Burton, E., Mitchell, L. & Raman S. (2004). Neighbourhoods for life – designing dementia-friendly outdoor environments. Tillgänglig: [https://www.housinglin.org.uk/\\_assets/Resources/Housing/Support\\_materials/Other\\_reports\\_and\\_guidance/Neighbourhoods\\_for\\_Life\\_Findings\\_Leaflet.pdf](https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/Neighbourhoods_for_Life_Findings_Leaflet.pdf) [2017-09-09].
- Calkins, M., Szmerekovsky, J. G., & Biddle, S. (2007). Effect of increased time spend outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing for the Elderly*, 21, 211-228.
- Centrum för vårdens arkitektur. (2012). Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Tillgänglig: [http://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20för%20Vårdens%20Arkitektur/publikationer/Evidensbas%20för%20vårdens%20arkitektur%201.0%202012\\_05\\_02\\_low.pdf](http://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20för%20Vårdens%20Arkitektur/publikationer/Evidensbas%20för%20vårdens%20arkitektur%201.0%202012_05_02_low.pdf) [2017-03-30].
- Ching, F. D., & Binggeli, C. (2012). *Interior Design Illustrated* (Third edition uppl.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- De Bruin, S. R., Oosting, S. J., Kuin, Y., Hoefnagels, E. C. M., Blauw, Y. H., De Groot, L. C. P. G. M., & Scholes, J. M. G. A. (2009). Green care farms promote activity among elderly people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*, 23, 368-389.
- De Laval, S. (1998). *Gåtur – metod för utvärdering*. nordisk arkitekturforskning, 1998, 4.
- Demensbutiken. (2017). Side-by-side cykel. Tillgänglig: <http://www.demensbutiken.se/index.php?Cat=butiken&File=search> [2017-08-31].

- Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide: For small-scale social research projects*. Berkshire: Open University Press.
- Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Myers, L. C., & Kim, K. Y. (2008). Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23, 31-45.
- Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A. & Van Schaik, P. (2008). The impact of early dementia on outdoor life- A 'shrinking world'? *Dementia*, 7, 191-204.
- Edvardsson, D. & Sandman, P.-O. (2014). Symboler i vården och vården som symbol. I Wijk. H. (red.) *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Elf, M. (2014). Att ligga steget före – vikten av planering i tidiga skeden för att säkra en god vårdmiljö. I Wijk. H. (red.) *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Etac. (2017). Överflyttningsplattform Molift Raiser. Tillgänglig: <https://www.etac.com/sv-se/vuxensenior/manuell-foerflyttning/oeverflyttning-sittande/oeverflyttningsplattform-molift-raiser/> [2017-08-31].
- Evans, J. & Jones, P. (2011). The walking interview: Methodology, mobility and place. *Applied Geography* 31(2), 849-858.
- Floriani, V. & Kennedy, C. (2008). Promotion of physical activity in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 20(1), 90-95.
- Folkhälsomyndigheten (2016). Fallolyckor bland äldre – en samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12224/R200901-Fallolyckor-aldre-0901.pdf> [2016-05-11].
- Forss, E. & Löf, A.-M. (2003). Hur utbildning av vårdpersonal påverkar äldres utevistelser på särskilt boende. Utevistelsens hälsofrämjande effekter på människan, FoU-rapport. 9:2003. Linköping, s. 14.
- Fröst, P. (2014). Design av framtidens vårdmiljöer. I Wijk. H. (red.) *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.
- FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (2015a). Biologiska effekter av fysisk aktivitet. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Biologiska-effekter-av-FA.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Biologiska-effekter-av-FA.pdf) [2016-12-29].
- FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (2015b). Fysisk aktivitet vid demens. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Demens.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Demens.pdf) [2016-12-29].
- FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (2015c). Fysisk aktivitet som prevention. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA-som-prevention.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-som-prevention.pdf) [2016-12-29].
- FYSS – Fysisk aktivitet för äldre (2015d): Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA-för-Äldre-för-Äldre.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-för-Äldre-för-Äldre.pdf) [2017-16-17].
- Föreningsresursen (2017a). Brainstorming. Tillgänglig: <http://www.foreningsresursen.fi/foreningsarbete/metoder/brainstorming/> [2016-12-29].
- Föreningsresursen (2017b). Mind-map. Tillgänglig: <http://www.foreningsresursen.fi/foreningsarbete/metoder/mindmap/> [2016-12-29].
- Föreningsresursen (2017c). Utvärdering och uppföljning. Tillgänglig: [http://www.foreningsresursen.fi/foreningsarbete/utvardering\\_och\\_uppfoljning/](http://www.foreningsresursen.fi/foreningsarbete/utvardering_och_uppfoljning/) [2017-03-22].
- Grahn, P. (1992). Landscapes in our minds: people's choice of recreative places in towns. *Landscape Research*, 16:11-19.
- Grahn, P. & Ottosson, Å. (2010). *Trädgårdsterapi: Alnärpsmetoden: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Stockholm: Bokförlaget Bonnier Existens.
- Grahn, P. & Stigsdotter, U. (2010). The relation between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration. *Landscape and Urban Planning*, 94: 264-275.
- Grahn, P., Tenngart Ivarsson, C., Stigsdotter, U., Bengtsson, I.-L. (2010). Using affordances as a health promoting tool in a therapeutic garden. I: C. Ward Thompson, P. Aspinall & S. Bell (red.), *Innovative approaches to researching landscape and health: open space: people space 2* (116-154). New York: Routledge.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hart, E. & Bond, M. (1998). *Action Research for Health and Social Care* (3 uppl.). Philadelphia: Open University Press.

Hernandez, R. O. (2007). Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. *Journal of Housing for the Elderly*, 21, 117-152.

Heyn, P., Abreu, BS., Ottenbacher, KJ., et al. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis, *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1694-1704.

Hjälpmiddelsinstitutet (2009). Rörelseförmåga vid demenssjukdom – vägen till rörelse.

Holmström, E., Johnsson, B. & Lundblad K. (1993). Sjukgymnastik i historisk belysning. Lund: Studentlitteratur.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual foundations of occupational therapy* (2 uppl.). Philadelphia: F.A. Davis.

Karlsson, O. (1999). *Utvärdering – mer än metod*. Stockholm: Svenska kommunförbundet nr. 3.

Küller, R. & Küller, M. (1994). Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa. Byggnadsnämnden, R24:1994. Stockholm, s. 10.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Leung, L. 2015. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research *J Family Med Prim Care*, 4: 324–327.

Littbrand, H. (2011). Physical exercise for older people – focusing on people living in residential care facilities and people with dementia. Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine and Physiotherapy, Umeå University, Sweden.

Lundin-Olsson, L & Rosendahl, E. (2008) Att förebygga fallolyckor bland äldre personer. Vårdalinstitutet.

Lynch, K. (1964). *The image of the city* (ny uppl.) Cambridge, Mass: M.I.T. Press.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

McBride, D. L. (1999). Nursing home gardens. I: C. Cooper Marcus & M. Barnes (red.), *Healing Gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*. New York: John Wiley & Sons. Marcus.

Metodbanken (2011a). Dela in i mindre grupper. Tillgänglig: <http://www.metodbanken.se/2011/06/28/dela-in-i-mindre-grupper/> [2016-12-29].

Metodbanken (2011b). Post-it lappar. Tillgänglig: <http://www.metodbanken.se/2011/03/28/anvanda-post-it-lappar/> [2016-12-29].

Mitchell, R. & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet* 372:1655-1660.

Munn-Giddings, C., McVicar, A. & Smith, L. (2008) Systematic review of the uptake and design of action research in published nursing research, 2000-2005. *Journal of Research in Nursing*, 13, 465-477.

Nationalencyklopedin (2017). Mental karta. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/mental-karta> [2016-01-03].

Oher, N. (2016). Hälsofrämjande vårdmiljöer, från insidan till utsidan – en fallstudie av patienters användning och upplevelse på Strålbehandlingens i Lund, Skånes universitetssjukhus. D-uppsats, Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Ottosson, J. (1997). *Naturens betydelse i en livskris*. Alnarp: Stad & Land.

Ottosson, J., Lavesson, L., Pinzke, S. & Grahn P. (2015). The Significance of Experiences of Nature for People with Parkinson's Disease, with Special Focus on Freezing of Gait-The Necessity for a Biophilic Environment. A Multi-Method Single Subject Study. *International journal of environmental research and public health*, 12:7274-7299.

Pettersson, A. (2005). Motor function and cognition – aspects on gait and balance. Neurotec Department, Division of Clinical Geriatrics and Physiotherapy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Psykologiguiden (2017). Psykologilexikon. Tillgänglig: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=introspektiv%20metod> [2017-01-03].

Ranger, A. & Westerberg, K. (2004). *Metoder för möten*. Tillgänglig: [http://malmo.se/download/18.5318eb00141e9eff6f51470/1383643859078/Metod\\_för\\_möten.pdf](http://malmo.se/download/18.5318eb00141e9eff6f51470/1383643859078/Metod_för_möten.pdf) [2017-01-03].

Rappe, E. & Topo, P. (2007). Contact with Outdoor Greenery Can Support Competence Among People with Dementia. *Journal of Housing for the elderly*, 21, 229-248.

Rolland, Y., Pillard, F., Reynish, E., et al. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, control trial. Internal Medicine Service and Gerontology Clinic, Hôpital La Grave-Casselard, Toulouse, France.

- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2006). Demenssjukdomar – en systematisk litteraturoversikt. Rapport 172.
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2007). Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturoversikt. Rapport 181.
- Schmidtbauer, P., Grahn, P. & Lieberg, M. (2005) Tänkvärda trädgårdar. Stockholm: Formas.
- Senior alert (2016). Personal i vård/omsorg. Tillgänglig: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=13506&nodeId=43926> [2016-04-28].
- Socialstyrelsen (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf> [2017-06-16].
- Socialstyrelsen (2009). Nationella kvalitetsindikatorer – vården och omsorgen om äldre personer. Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111\\_2009126111\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf) [2016-12-29].
- Socialstyrelsen (2010). Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - Stöd för styrning och ledning, Editi Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2012). Sekretess- och tystnadspliktsgränser. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-28> [2017-03-09].
- Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19322/2014-2-1.pdf> [2016-12-29].
- Socialstyrelsen (2014). Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19444/2014-6-3.pdf> [2016-05-06].
- Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf> [2017-04-19].
- Socialstyrelsen (2017). En nationell strategi för demenssjukdom – underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20640/2017-6-4.pdf> [2017-06-04].
- Statens folkhälsoinstitut (2005). Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade vid särskilda boenden. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12211/utemiljonsbetyd0601.pdf> [2017-01-10].
- Stigsdotter, U. & Grahn, P. (2003). Experiencing a garden: A healing garden for people suffering from burnout diseases. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 14:38-49.
- Stigsdotter, U. & Grahn, P. (2011). Stressed individuals' preferences for activities and environmental characteristics in green space. *Urban Forestry & Urban Greening*, 10:295-304.
- Svenskt demenscentrum (2013). Trygg vård och omsorg. Tillgänglig: [http://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning\\_pdf/demens-abc/guiden\\_nya\\_pdf/guiden\\_kapitel\\_7.pdf](http://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/demens-abc/guiden_nya_pdf/guiden_kapitel_7.pdf) [2016-12-29].
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2013). Fysisk aktivitet. Tillgänglig: [http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2012/02/1A0\\_fysisk\\_aktivitet\\_till\\_hemsidan\\_20131.pdf](http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2012/02/1A0_fysisk_aktivitet_till_hemsidan_20131.pdf) [2016-12-29].
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2016). Om BPSD-registret; Arbeta med registret. Tillgänglig: <http://www.bpsd.se> [2016-05-02].
- Sveriges kommuner och landsting (2009). Fallskador bland äldre. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-441-1.pdf> [2016-12-29].
- Swedner, H. (1996). Socialt välfärdsarbete, en tankeram. Stockholm: Liber.
- Swot-analys.se (2016). Swot-analys. Tillgänglig: <http://www.swot-analys.se> [2016-11-20].
- Tappen, R. M., Roach, K. E., Applegate E.B. & Stowell, P. (2000). Effect of combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2000; 14(4):196-201
- Thelander, V. B., Robins Wahlin, T-B., Olofsson, L., Heikkilä, K. & Sonde, L. (2008). Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*, 10, 53-56.
- Toots, A., Littbrand, H., Lindelöf, N., Wiklund, R., Holmberg, H., Nordström, P., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y. & Rosendahl, R. (2016). Effects of high-intensity functional exercise program on dependence in activities of daily living and balance in older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 64(1):55-64.
- Ulrich, R. (1983). Aesthetic and affective responses to natural environment. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment: Advances in theory and research* (Vol. 6, 85-125). New York: Plenum Press.
- Ulrich, R. (1984). View through a Window may Influence Recovery from Surgery. *Science*.

Ulrich, R. (1993). Biophilia, biophobia and natural landscapes. In S. R. Kellert & E. O. Wilson (Eds.), The biophilia hypothesis (pp. 73-137). Washington, DC: Island Press.

Ulrich, R. (1999). Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. Chapter in C. C. Marcus and M. Barnes (Eds.), Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations. New York: John Wiley, 27-86.

Ulrich, R., Berry, L. L., Quan, X. & Parish, J. T. (2010). A conceptual Framework for the domain of evidence-based design. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 4(1):95-114.

Umeå universitet (2016). Träning vid demens gav bättre balans och minskat hjälpbehov. Tillgänglig: <http://www.medfak.umu.se/om-fakulteten/aktuellt/nyhetsvisning/traning-vid-demens-gav-battre-balans-och-minskat-hjalpbehov.cid261131> [2016-06-02].

Vellinge kommun (2016). Rutin fall och fallskador. Tillgänglig: <http://vellinge.se/Global/Omsorg-hjalp/vard-och-omsorg/rutiner/Rutin%20fall%20och%20fallskador%202016%2004%2001.pdf> [2016-12-29].

Vellinge kommun (2017a) Äldre. Tillgänglig: <http://vellinge.se/omsorg-hjalp/aldre/> [2017-01-10].

Vellinge kommun (2017b) Så styrs Vellinge. Tillgänglig: <http://vellinge.se/kommun-politik/kommunens-organisation/sa-styrs-vellinge1/> [2017-03-10].

Vellinge kommun (2017c) Sjukvård och rehabilitering. Tillgänglig: <http://www.vellinge.se/omsorg-hjalp/hemsjukvard-och-rehabilitering/> [2017-01-10].

Vårdalinstitutet (2008). Aspekter på fysisk aktivitet och träning för äldre. Tillgänglig: <https://www.grkom.se/download/18.7129ac021571f607350d19fd/1473852401166/Grimby+-+Aspekter+på+fysisk+aktivitet+och+träning+för+äldre.pdf> [2017-06-15].

Vårdhandboken (2016). Smärtskattningsinstrument. Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/texter/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/> [2016-12-29].

Wahlberg, S. (1998). Samhällsarbete – strategier för ett radikalt och humanistiskt socialt arbete. Stockholm: Nordstedts Tryckeri.

Westerberg, Y. (2011). Sinnenas trädgård. Ica Bokförlag, Forma Books AB.

Wikipedia (2016). Föreläsning. Tillgänglig: <https://sv.wikipedia.org/wiki/Föreläsning> [2017-06-30].

Wijk, H. (2014) Förord. I: Wijk, H.(red), Vårdmiljöns betydelse. Lund: Studentlitteratur

Ylikangas, C. (2002). Miljö – ett omvårdnadsbegrepp, en semantisk begreppsanalys. Examensarbete i omvårdnad 10p. Kandidatexamen C-nivå. Skövde: Högskolan i Skövde.

Ylikangas, C. (2007). Patientens upplevelser av miljön på en intensivvårdsavdelning. D-uppsats, Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

#### Föreläsningar

Ghannad, J. 18 maj 2016. Fysisk aktivitet och träning för personer med demenssjukdom. Vellinge.

Wemme, M. 3 oktober 2013. Hinderfri design. Alnarp.

Ikke publicerat material

Mail korrespondens. Bygglovsavdelningen, Vellinge kommun. 2016. Mailkonversation 25 maj.



# 10. BILAGOR

---

1. Beskrivning av organisation
2. Inbjudan inspirationsresa
3. Inspirationsföreläsningens powerpoint-bilder
4. Inbjudan inspirationsföreläsning
5. Underlag för workshop
6. Mall gåturverktyg
7. Mall platsanalysverktyg
8. Inbjudan återkopplingsresa
9. Återkopplingsföreläsningens powerpoint-bilder
10. Inbjudan återkopplingsföreläsning

## Bilaga 1: Beskrivning av organisation

Vellinge kommun som organisationen är politiskt styrd och det är de förtroendevalda politikerna i kommunfullmäktige som har huvudansvaret för den kommunala verksamheten. Vid sin sida har de kommunstyrelsen, vars uppgift är att leda och samordna förvaltningen av kommunens samtliga verksamhetsområden. Till sin hjälp i det kommunala arbetet har kommunstyrelsen fem politiska nämnder, där en utav dem är Omsorgsnämnden.

Omsorgsnämnden ansvarar bland annat för området vård och omsorg. Representant för Vellinge kommun bjuds regelbundet in till Omsorgsnämndens möten, i egenskap av rollen som tjänsteman i vård- och omsorgsarbetet (Vellinge kommun 2017b).

Via avtal med olika externa vårdleverantörer drivs vård- och omsorgsboendena i Vellinge kommun. Det är verksamhetscheferna på de olika vård- och omsorgsboendena som leder och ansvarar för de respektive verksamheterna. Det är upp till varje enskild verksamhet vid vård- och omsorgsboendena att bestämma på vilket sätt de vill erbjuda en meningsfull vardag, för personerna med demenssjukdom. Samtliga vårdleverantörer erbjuder olika typer av aktiviteter och har aktivitetsledare anställda för detta uppdrag (Vellinge kommun 2017a).

Den legitimerade personalen (arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor) är anställd av Vellinge kommun och samverkar med personal hos de externa vårdleverantörerna (Vellinge kommun 2017c).

## Bilaga 2: Inbjudan inspirationsresa

Hej!

Julledigheten har passerat och snart januari månad med, det är snart den 29 januari och dags för studiebesök i olika utemiljöer. Jag har gjort ett schema för dagen samt kontaktat personal vid respektive boende/utemiljö. Vissa utav trädgårdarna/utemiljöerna guidas vi av representanter för respektive trädgård/utemiljö och i något fall, är vi välkomna att gå in i deras trädgård/utemiljö, på egen hand.

Tidsschema 29 januari

8.00 Avfärd från kommunhuset i Vellinge  
8.30 Ankomst Brunnslökan, Lund  
9.00 Avfärd mot Rehabiliteringsträdgården i Alnarp  
9.15 Ankomst Rehabiliteringsträdgården i Alnarp  
10.00 Avfärd mot vårdboendet Ordruplund (Danmark, Köpenhamnstrakten)  
11.15 Ankomst vårdboendet Ordruplund  
12-12.45 Lunch på lämpligt ställe  
12.45 Avfärd mot vårdboendet Söndersöhave (Danmark, Köpenhamnstrakten)  
13.00 Ankomst vårdboendet Söndersöhave  
13.45 Avfärd mot vårdboendet Salem (Danmark, Köpenhamnstrakten)  
14.00 Ankomst Salem  
14.45 Avfärd mot kommunhuset i Vellinge  
15.45 Ankomst kommunhuset i Vellinge

Frågor:

1. Färdmedlet för denna studieresa är bil - hur löser vi det enklast?
2. Hur gör vi med betalningen över bron?
2. Eftersom vi ska över till Danmark, krävs id-handling även för bilister? Om ja, ta med det!
3. Som jag skrev i ett tidigare mail är det endast besöket i Alnarps rehabiliteringsträdgård som kostar i inträde (som student går jag in gratis), de skickar en faktura till Vellinge kommun och vill därför ha ref. namn och faktura adress.

Jag återkommer om någon dag med mer info kring de olika utemiljöerna m.m. Av erfarenhet vet jag att sådana här dagar brukar kunna bli kalla och väderprognosen lovar inte varmare temperaturer, så klä på er ordentligt, vi ska vara ute stora delar av dagen! Jag ser fram emot denna dag och hoppas att ni också gör det och att ni i efterhand tyckte att ni fick ut något av studiebesöken!

Hälsning

Madeleine Liljegren

Leg. sjukgymnast



## Bilaga 3: Inspirationsföreläsningens powerpoint-bilder

**Utemiljöer som vårdmiljöer**

Madeline Liljgren  
Leg. Sjukgymnast




**Utemiljöer som vårdmiljöer**

- Teorier om hälsa och uthämtelse
- Utemiljöer som vårdmiljöer
- Ett exempel från St. Knut
- Nationella riktlinjer för demensvård, Senior Alert, BPSD
- Master project

**Teorier om hälsa och uthämtelse**

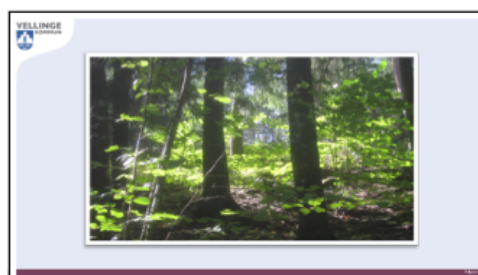
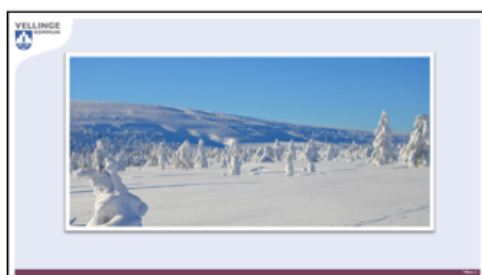
**Patrik Grahn – Behovspyramiden**

Olika typer av tillstånd,  
kräver olika typer av naturbehov.



**Utveckling av behovspyramiden**

HEALTHCARE GARDEN	HEALTHCARE GARDEN	HEALTHCARE GARDEN
<b>HIGH WELL-BEING</b> SOCIAL CULTURE RESPECT SPICE FROM PLACES SENSE FROM NATURE BEHOLD TRANSCENDENT OF CULTURAL BOUNDARIES	<b>HIGH WELL-BEING</b> ENVIRONMENT INFORMED ON DIRECTED ATTENTION ENVIRONMENTAL QUALITIES OFFERING PACIFICATION	<b>HIGH WELL-BEING</b> GARDEN ROOM FOR THE SENSORY EXPERIENCE INTEGRATING THE SOCIAL AND NATURE RELATIONSHIP
<b>LOW WELL-BEING</b>	<b>LOW WELL-BEING</b>	<b>LOW WELL-BEING</b>





**Utemiljö: Kvaliteter för inspirerande design**

- Konst, mål, foto i utställningen
- Varde, möbiler
- Häls på gästerna
- Kulturellt uttryck och identitet
- Spelplan
- Ute med gästerna
- Kyck
- Arbetsplan
- Skapande av utställningen
- Arbetsplan
- Kyck
- Arbetsplan
- Arbetsplan



**Utemiljö som vårdmiljö**



**Utemiljö som vårdmiljö**



**Utemiljö som vårdmiljö**



**Ett exempel från St Knut**

**Ett exempel från St Knuts utemiljö**



**Ett exempel från St Knuts utemiljö**




**Lynch – ett analysverktyg för utemiljöer**

Fem aspekter:

- Stier:** hur går man i trädgården?
- Platser:** vilka platser finns att besöka i trädgården?
- Landmärken:** vad ser jag oavsett var i trädgården jag befinner mig?
- Noder:** på vilka ställen korsar stigarna varandra?
- Gränser:** på vilket sätt är trädgården avgränsad?


**Fördelar med St Knuts utemiljö**

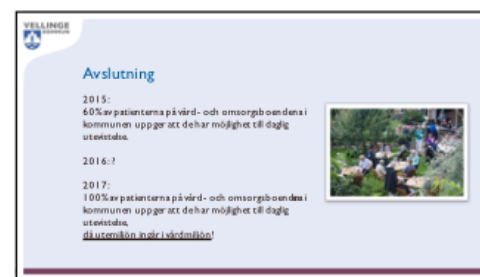
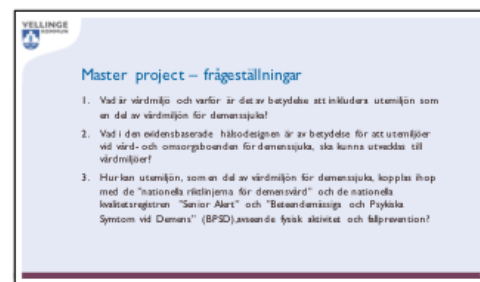
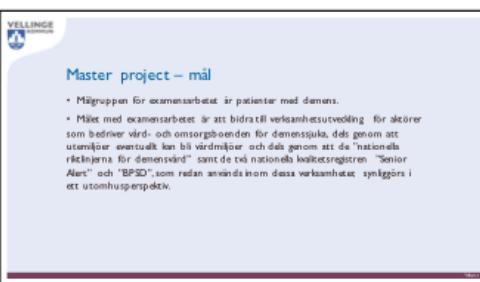
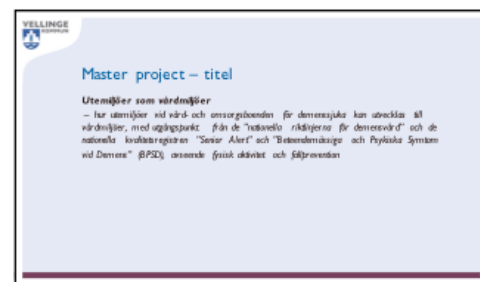
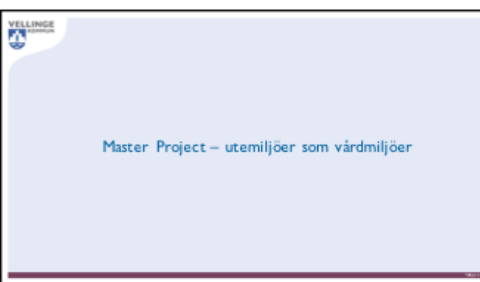
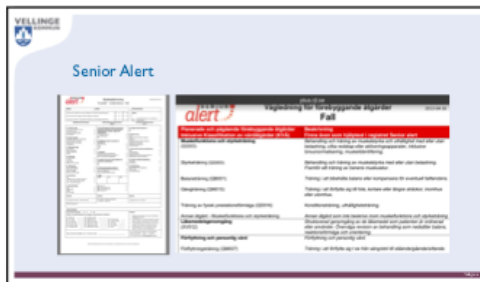
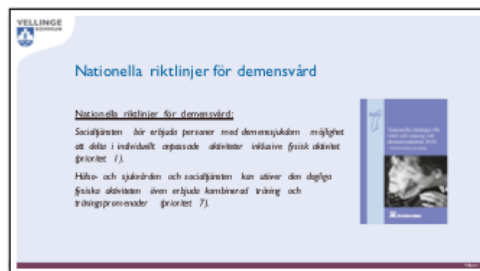
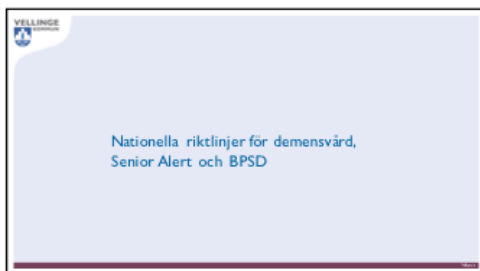
- Demensavdelningar på markplan.
- Bra storlek på trädgården.
- Tydliga gränser (grindar).
- Tillräckligt breda gångar och varierad markbeläggning.
- Sittpatser jämt fördelade.
- Lätt att utföra aktiviteter och rehabilitering i trädgården.
- Sinneskanaler stimuleras i trädgården.



**Nackdelar med St Knuts utemiljö**

- Svårt att orientera sig pga frånvaro av landmärken och slinga.
- Många noder.
- Dörren är inte tydligt markerad.
- Ödlingsbuddarna är inte höjdpassade.
- Avsaknad av vindskydd och plats för total avskildhet.
- Portande växt saknas.
- Avsaknad av igenkänningsfaktorer.





## Bilaga 4: Inbjudan inspirationsföreläsning

Hej alla!

Under våren 2016 kommer Madeleine Liljegren arbeta med ett projekt för kartläggning av våra utemiljöer i vård- och omsorgsboende kopplat till aktivitet/användande. Syftet med detta projekt är att vi som kommun skulle vilja göra våra utemiljöer som vårdmiljöer.

Vi vill härmed bjuda in er verksamhetschefer och era resp aktivitetsledare till en liten kort informationsträff kring vad som kommer hända och hur detta kan gynna er verksamhet. Madeleine kommer kartlägga utemiljöerna, bedöma behov av enklare förbättringar samt inspirera era aktivitetsledare.

Ni är välkomna till kommunhuset (Kolabacken) den 10/3 kl: 13.00-15.00 för mer information.

Varmt välkomna!

Mvh Johan

Johan Greco  
Verksamhetschef  
Myndighetsenheten LÄS (LSS, Äldre och Socialpsykiatri)





## Bilaga 5: Underlag för workshop

Tabell 10: Frågeställningar och moment i workshopen.

Frågeställning	Moment
1. Vilka är era nuvarande arbetsuppgifter som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom, det vill säga som utförs tillsammans med dem?	Skriva ner samtliga aktiviteter/fysiska aktiviteter som genomförs (en aktivitet per post-it lapp).
2. Vilka av era nuvarande arbetsuppgifter som riktar sig direkt till personer med demenssjukdom kan genomföras utomhus?	Sortera post-it lapparna under rubrikerna enbart inomhus, enbart utomhus eller både inomhus och utomhus.
3. Hur kan den fysiska aktivitetsnivån för personer med demenssjukdom öka med stöd från er?	Rita varsin mental karta och presentera för arbetsgruppen.
4. Vilka hinder upplever ni finns: - för att genomföra fysisk aktivitet utomhus? - i utemiljöerna och som utgör fallrisker?	Brainstorming med anteckningar på whiteboard, via mind-maping.
5. Vilka konkreta förändringar skulle verksamheterna behöva genomföra för att fler personer med demenssjukdom ska få möjlighet till att genomföra fysisk aktivitet utomhus?	Samtala och föra anteckningar på whiteboard.

## Bilaga 6: Mall gåturverktyg

Ta med: kartor över utemiljöerna, papper, penna, tumstock och kamera.

- Berättelser om de olika platserna i utemiljön

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Notera hur de tar utemiljön i anspråk

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Osynliga gränser/barriärer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur är kontakten med: utemiljön inifrån byggnaden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur är kontakten med: övergångszon mellan inne och ute (vinterträdgård/balkong)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur är kontakten med: utemiljön vid boendet?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1

- Hur är kontakten med: omkringliggande omgivning?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur används utemiljön i samband med ledna aktiviteter?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur används utemiljön av enskilda individer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Vilka platser i utemiljön besöks mest?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Vilka platser i utemiljön besöks minst?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur ofta vistas ni utomhus i samband med ledna aktiviteter för de boende?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2

- Används hela utemiljön?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hur används utemiljön närmast entréerna?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Finns säkra promenadstråk? Om ja, används de?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Anses utemiljön vara anpassad för förflyttningshjälpmedel?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Finns möjligheter till fysisk aktivitet i utemiljön? Om ja, hur?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Finns måltidsmöjligheter i utemiljön? Om ja, används de?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Typ av hörselstimulering:

\_\_\_\_\_

- Typ av smakstimulering:

\_\_\_\_\_

- Typ av visuellstimulering:

\_\_\_\_\_

- Typ av luktsstimulering:

\_\_\_\_\_

3

- Typ av luktsstimulering:

\_\_\_\_\_

- Typ av känselstimulering:

\_\_\_\_\_

- Typ av proprioceptionsstimuli:

\_\_\_\_\_

- Typ av balansstimuli:

\_\_\_\_\_

- Typ av igenkänningsföremål från förr:

\_\_\_\_\_

- Vad saknas i utemiljön vad gäller:

Tillgänglighet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utrymme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sinnesstimuli: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miljökvatiteter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Möjlighet till utmaningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Uppenbara fallrisker i utemiljön:

\_\_\_\_\_

- Allvarliga brister i utemiljön:

\_\_\_\_\_

- Utvecklingsmöjligheter i utemiljön:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4

## Bilaga 7: Mall platsanalysverktyg

**Behovspyramiden**

Utemiljöns  
möjlighet till:

Stort behov av intryck

Utdrivt engagemang Låg Hög

Aktivt deltagande Låg Hög

Känslomässigt deltagande Låg Hög

Inådrivet engagemang Låg Hög

Känslig för intryck

Utemiljöns  
krav/kvaliteter:

Miljö med krav på rikad  
uppmärksamhet Låg Hög

Miljökvantiteter som  
erbjuder fascination Låg Hög

1

Utemiljöns  
erbjudande  
av engagemang:

Trädgårdsrum för aktivt  
engagemang Låg Hög

Trädgårdsrum för passivt  
engagemang Låg Hög

Utemiljöns  
naturkaraktärer:

Utsikt Låg Hög

Rymd Låg Hög

Artrikt Låg Hög

Lugn Låg Hög

Vild natur Låg Hög

Skyddad Låg Hög

Social Låg Hög

Kultur Låg Hög

2

**Kvaliteter för varsam design**

Nära och enkelt Låg Hög

Erbjudanden vid olika  
väder Låg Hög

Trygghet och säkerhet Låg Hög

Avgränsning Låg Hög

Välkänt Låg Hög

Orientering Låg Hög

Reflektion:

3

**Lynch (orientering)**

Stigar

Antal stigar: \_\_\_\_\_

Bredd på stigarna: \_\_\_\_\_

Markunderlag på stigarna: \_\_\_\_\_

Färgkontraster/mönster i markunderlaget: \_\_\_\_\_

Tydlig början och tydligt slut: \_\_\_\_\_

Antal återvändsgränder: \_\_\_\_\_

Intressanta upplevelser (delmål) längs stigarna: \_\_\_\_\_

Avstånd mellan intressanta upplevelser och stigar: \_\_\_\_\_

Stigarna länkar ihop platserna: \_\_\_\_\_

Reflektion:

Noder (mötespunkter)

Antal noder: \_\_\_\_\_

Olika karaktärer på noderna: \_\_\_\_\_

Reflektion:

4

#### Platser

Antal platser: \_\_\_\_\_

Typ av platser: \_\_\_\_\_

Möjliga aktiviteter vid platserna: \_\_\_\_\_

Samlingsplatser: \_\_\_\_\_

Avskilda platser: \_\_\_\_\_

Sittpausplatser längs stigar under promenaden: \_\_\_\_\_

#### Reflektion:

#### Landmärke (orienteringspunkter)

Antal landmärken: \_\_\_\_\_

Typ av landmärken: \_\_\_\_\_

Små inslag som lockar vidare längs stigen: \_\_\_\_\_

Stora som syns i hela trädgården: \_\_\_\_\_

Utformning vid in/utgång: \_\_\_\_\_

#### Reflektion:

5

#### Gränser

Gränser mellan olika inslag i trädgården: \_\_\_\_\_

Gränser mellan privata och offentliga platser: \_\_\_\_\_

Passage (zon) mellan inne och ute: \_\_\_\_\_

#### Reflektion:

6

#### Kvaliteter för inspirerande design

Kontakt med livet i omgivningen *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Sociala möjligheter *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Meningsfulla aktiviteter *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Kultur och trygghet till det förflytna *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Symbolism *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Utsikt mot grönska *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Rymd *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Artrikedom *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Sinnlig njutning av natur *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Årstidsväxlingar *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Rofyllighet *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Vild natur *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Avskildhet *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

#### Reflektion:

7

#### Målgruppsspecifika behov

##### Sinnesstimulering

Hörsel *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Smak *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Syn *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Lukt *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Känsl *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Proprioception *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

Balans *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

#### Reflektion:

##### Igenkänning

Ingenkänningsföremål från förr *Låg* \_\_\_\_\_ *Hög*

#### Reflektion:

8

#### Fysisk aktivitet

Promenadmöjligheter i säker utemiljö	Låg	_____	Hög
Anpassad utemiljö för hjälpmedel	Låg	_____	Hög
Säker utemiljö avseende fallrisker	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: styrka	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: uthållighet	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: balans	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: rörlighet	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: förflytningsträning	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: gångträning	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: individuell sittgymn.	Låg	_____	Hög
Fysisk aktivitet: grupp sittgymn.	Låg	_____	Hög

Reflektion:

9

#### Kontakt med utemiljön

Inifrån byggnaden (genom fönster)	Låg	_____	Hög
Övergångszon inne/ute (vinterträdgård/balkong)	Låg	_____	Hög
Utemiljön vid boendet (egna trädgård)	Låg	_____	Hög
Omkringliggande omgivningen	Låg	_____	Hög

Reflektion:

#### Övrigt

Lugn ljudmiljö	Låg	_____	Hög
Anpassad måltidsmiljö	Låg	_____	Hög
Funktionell belysning	Låg	_____	Hög

Reflektion:

10

## Bilaga 8: Inbjudan återkopplingsresa

Hej!

Här kommer ett förslag på road-trip den 22 augusti:

9.00	Avfärd från kommunhuset i Vellinge mot St Knut
9.20	Rundtur i St Knuts utemiljö
9.50	Promenad till Aspen
9.55	Rundtur i Aspens utemiljö
10.10	Avfärd mot Postiljonen
10.20	Rundtur i Postiljonens utemiljö
10.40	Avfärd mot två inspirationsmiljöer i Alnarp
11.10	Rundtur i två inspirationsmiljöer i Alnarp (exemplifierar delar av Eskilsgårdens nya utemiljö)
11.45	Lunch i Alnarps restaurang
12.45	Avfärd mot Eskilsgården
13.15	Rundtur i Eskilsgårdens utemiljö
13.45	Avfärd mot Månstorps Ängar
14.00	Rundtur i Månstorps Ängars utemiljö
14.30	Avfärd mot kommunhuset i Vellinge
14.45	Åter kommunhuset i Vellinge

Några invändningar? Ska vi hoppas på sol och uppehåll...!?

Hälsning

Madeleine Liljegen

Leg. Sjukgymnast



## Bilaga 9: Återkopplingsföreläsningens powerpoint-bilder

**Utemiljöer som vårdmiljöer**

• hur utemiljöer vid vård- och omsorgsboenden för demenssjuka kan utvecklas till vårdmiljöer avseende fysisk aktivitet och fallprevention



Modul 10a Utegräs  
2014-09-15

**Innehåll**

- Utemiljö som vårdmiljö
- Utemiljö-resultat
- Statistik från Senior Alert, BPSD, fallolyckor och tillfredsställelse
- Workshop-resultat
- Vellinge kommuns önskemål om erbjudande i kontakt med utemiljön
- Avslutning

**Syftet med examensarbetet**


Syftet med examensarbetet är att utföra kunskapen om de miljöpsykologiska teorierna, demenssjuka symptom, vilken fysisk aktivitet och dess positiva effekter, utvärdera hälsofrämjande effekter och fallprevention studera utemiljöns potential att utvecklas till och fungera som vårdmiljö vid vård- och omsorgsboenden för demenssjuka, dels genom att utemiljöns innehåll och utformning är anpassat till målgruppens behov och dels genom att integrera de "Nationella riktlinjerna för demensvård" och de två kvalitetsregistren "Senior Alert" och "BPSD".

**Utemiljö som vårdmiljö**


**Utemiljö som vårdmiljö**




**Vårdmiljö – Lawtons teori**



**Skapar vi svårtolkade miljöer?**



**Utemiljö Utveckling Utemiljö som vårdmiljö**



**Utemiljöns potential att utvecklas till och fungera som vårdmiljö**

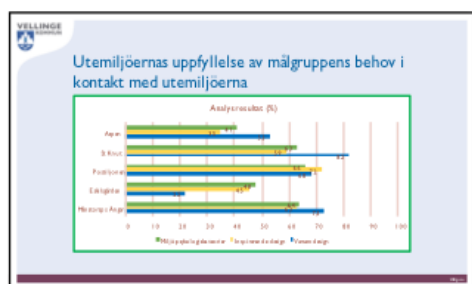
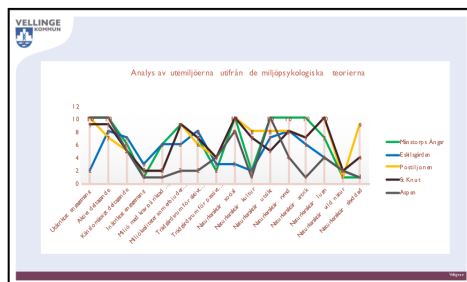
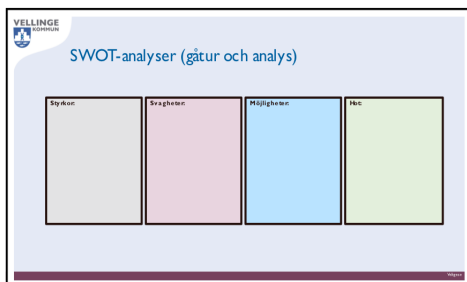


• Forskning om utestilens positiva effekter, fysisk aktivitet, fallprevention och sinnestimulering  
• Resultat från gåtur och analyser av utemiljöernas utformning/innehåll

• Kunskap från workshop  
• Statistik från Senior Alert, BPSD och fallolyckor

Utemiljöer som vårdmiljöer  
Ny kunskap och ett nytt sätt att bedriva vård och omsorg, utifrån evidens, nationella riktlinjer och nationella kvalitetsregister

**Utemiljö-resultat**



**Statistik Senior Alert**

**Senior Alert: Riskbedömningar fall (2013-01-01 - 2014-04-04)**

Senast den Riskbedömning	Många Åger	Riska Åger	Riska Åger	Postplan	Stigplan	Stigplan	Riska
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10

**Senior Alert: Planerade och utförda fallförebyggande åtgärder (muskelfunktion- och styrketräning = fysisk aktivitet)**

	Många Åger	Riska Åger	Riska Åger	Postplan	Stigplan	Stigplan	Riska
Många Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10

**Statistik fallolyckor**

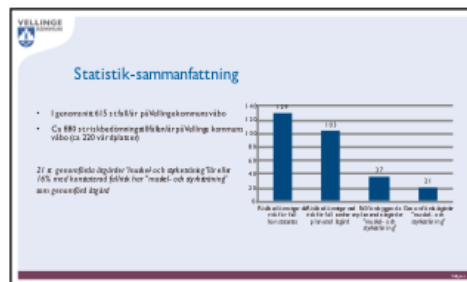
**Fallolyckor - antal, plats och orsak (2013-01-01 - 2014-04-04)**

	Många Åger	Riska Åger	Riska Åger	Postplan	Stigplan	Stigplan	Riska
Många Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10
Riska Åger	10	10	10	10	10	10	10



**Tidpunkt för fallolyckor**

Tidpunkt för fallolyckor	Män	Kvinnor	Barn	Samtliga	Procent	St. Dev.	Totals
01.01.01	1	0	0	0	0	0	1
01.01.02	2	0	0	0	0	0	2
01.01.03	0	0	0	0	0	0	0
01.01.04	0	0	0	0	0	0	0
01.01.05	0	0	0	0	0	0	0
01.01.06	0	0	0	0	0	0	0
01.01.07	0	0	0	0	0	0	0
01.01.08	0	0	0	0	0	0	0
01.01.09	0	0	0	0	0	0	0
01.01.10	0	0	0	0	0	0	0
01.01.11	0	0	0	0	0	0	0
01.01.12	0	0	0	0	0	0	0
01.01.13	0	0	0	0	0	0	0
01.01.14	0	0	0	0	0	0	0
01.01.15	0	0	0	0	0	0	0
01.01.16	0	0	0	0	0	0	0
01.01.17	0	0	0	0	0	0	0
01.01.18	0	0	0	0	0	0	0
01.01.19	0	0	0	0	0	0	0
01.01.20	0	0	0	0	0	0	0
01.01.21	0	0	0	0	0	0	0
01.01.22	0	0	0	0	0	0	0
01.01.23	0	0	0	0	0	0	0
01.01.24	0	0	0	0	0	0	0
01.01.25	0	0	0	0	0	0	0
01.01.26	0	0	0	0	0	0	0
01.01.27	0	0	0	0	0	0	0
01.01.28	0	0	0	0	0	0	0
01.01.29	0	0	0	0	0	0	0
01.01.30	0	0	0	0	0	0	0
01.01.31	0	0	0	0	0	0	0
01.01.32	0	0	0	0	0	0	0
01.01.33	0	0	0	0	0	0	0
01.01.34	0	0	0	0	0	0	0
01.01.35	0	0	0	0	0	0	0
01.01.36	0	0	0	0	0	0	0
01.01.37	0	0	0	0	0	0	0
01.01.38	0	0	0	0	0	0	0
01.01.39	0	0	0	0	0	0	0
01.01.40	0	0	0	0	0	0	0
01.01.41	0	0	0	0	0	0	0
01.01.42	0	0	0	0	0	0	0
01.01.43	0	0	0	0	0	0	0
01.01.44	0	0	0	0	0	0	0
01.01.45	0	0	0	0	0	0	0
01.01.46	0	0	0	0	0	0	0
01.01.47	0	0	0	0	0	0	0
01.01.48	0	0	0	0	0	0	0
01.01.49	0	0	0	0	0	0	0
01.01.50	0	0	0	0	0	0	0
01.01.51	0	0	0	0	0	0	0
01.01.52	0	0	0	0	0	0	0
01.01.53	0	0	0	0	0	0	0
01.01.54	0	0	0	0	0	0	0
01.01.55	0	0	0	0	0	0	0
01.01.56	0	0	0	0	0	0	0
01.01.57	0	0	0	0	0	0	0
01.01.58	0	0	0	0	0	0	0
01.01.59	0	0	0	0	0	0	0
01.01.60	0	0	0	0	0	0	0
01.01.61	0	0	0	0	0	0	0
01.01.62	0	0	0	0	0	0	0
01.01.63	0	0	0	0	0	0	0
01.01.64	0	0	0	0	0	0	0
01.01.65	0	0	0	0	0	0	0
01.01.66	0	0	0	0	0	0	0
01.01.67	0	0	0	0	0	0	0
01.01.68	0	0	0	0	0	0	0
01.01.69	0	0	0	0	0	0	0
01.01.70	0	0	0	0	0	0	0
01.01.71	0	0	0	0	0	0	0
01.01.72	0	0	0	0	0	0	0
01.01.73	0	0	0	0	0	0	0
01.01.74	0	0	0	0	0	0	0
01.01.75	0	0	0	0	0	0	0
01.01.76	0	0	0	0	0	0	0
01.01.77	0	0	0	0	0	0	0
01.01.78	0	0	0	0	0	0	0
01.01.79	0	0	0	0	0	0	0
01.01.80	0	0	0	0	0	0	0
01.01.81	0	0	0	0	0	0	0
01.01.82	0	0	0	0	0	0	0
01.01.83	0	0	0	0	0	0	0
01.01.84	0	0	0	0	0	0	0
01.01.85	0	0	0	0	0	0	0
01.01.86	0	0	0	0	0	0	0
01.01.87	0	0	0	0	0	0	0
01.01.88	0	0	0	0	0	0	0
01.01.89	0	0	0	0	0	0	0
01.01.90	0	0	0	0	0	0	0
01.01.91	0	0	0	0	0	0	0
01.01.92	0	0	0	0	0	0	0
01.01.93	0	0	0	0	0	0	0
01.01.94	0	0	0	0	0	0	0
01.01.95	0	0	0	0	0	0	0
01.01.96	0	0	0	0	0	0	0
01.01.97	0	0	0	0	0	0	0
01.01.98	0	0	0	0	0	0	0
01.01.99	0	0	0	0	0	0	0
01.02.00	0	0	0	0	0	0	0



## Statistik BPSD

**BPSD registreringar (2010-1-1 till 2016-04-04)**

BPSD	Män	Kvinnor	Barn	Samtliga	Procent	St. Dev.	Totals
Totalt antal personer som registrerats i BPSD (n)	44	26	0	70	0	0	70
Totalt antal rekommenderade åtgärder (n)	11	5	0	16	0	0	16
Antal gånger till sjukhus	11	5	0	16	0	0	16
Antal gånger till sjukhus "rekommenderats" (n)	11	5	0	16	0	0	16
Antal gånger till sjukhus "fysisk aktivitet" (n)	11	5	0	16	0	0	16

**Positiva hälsoeffekter av utövande**

Enligt WHO är fysisk aktivitet en av de viktigaste faktorerna för att förbättra hälsan. Fysisk aktivitet kan bidra till att förbättra fysisk och psykisk hälsa, samt bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden. Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

Fysisk aktivitet kan bidra till att förbättra fysisk hälsa genom att öka muskelstyrkan, förbättra blodcirkulationen och bidra till att förbättra andningen. Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra psykisk hälsa genom att minska stress, förbättra humöret och bidra till att förbättra sömnen.

Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden genom att bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

**Positiva hälsoeffekter av fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet har flera positiva hälsoeffekter, såsom att förbättra fysisk och psykisk hälsa, samt bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden. Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

Fysisk aktivitet kan bidra till att förbättra fysisk hälsa genom att öka muskelstyrkan, förbättra blodcirkulationen och bidra till att förbättra andningen. Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra psykisk hälsa genom att minska stress, förbättra humöret och bidra till att förbättra sömnen.

Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden genom att bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

**Fall och fysisk aktivitet vid demenssjukdom**

Fall och fysisk aktivitet är två viktiga faktorer för att förbättra hälsan. Fall kan bidra till att förbättra fysisk hälsa genom att öka muskelstyrkan, förbättra blodcirkulationen och bidra till att förbättra andningen. Fall kan också bidra till att förbättra psykisk hälsa genom att minska stress, förbättra humöret och bidra till att förbättra sömnen.

Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra fysisk hälsa genom att öka muskelstyrkan, förbättra blodcirkulationen och bidra till att förbättra andningen. Fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra psykisk hälsa genom att minska stress, förbättra humöret och bidra till att förbättra sömnen.

Fall och fysisk aktivitet kan också bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden genom att bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

## Workshop-resultat

**Aktivitetens arbetsuppgifter för vårdtagarna**

Arbetsuppgifterna för vårdtagarna är att förbättra fysisk och psykisk hälsa, samt bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden. Vårdtagarna kan också bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

Vårdtagarna kan bidra till att förbättra fysisk hälsa genom att öka muskelstyrkan, förbättra blodcirkulationen och bidra till att förbättra andningen. Vårdtagarna kan också bidra till att förbättra psykisk hälsa genom att minska stress, förbättra humöret och bidra till att förbättra sömnen.

Vårdtagarna kan också bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden genom att bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

**Aktiviteter sorterade utifrån plats**

Aktiviteterna kan sorterade utifrån plats, såsom hemma, arbete, skola, etc. Detta kan bidra till att förbättra fysisk och psykisk hälsa, samt bidra till att förbättra sociala och ekonomiska förhållanden.

Aktiviteterna kan också bidra till att förbättra livskvaliteten och bidra till att förbättra livslängden.

## Aktivitetsledarnas arbetsuppgifter för vårdtagarna

[illegible]

Vellinge kommun

Vellinge kommuns önskemål  
om erbjudande i kontakt  
med utemiljön

[illegible]

Vilken kontakt med utemiljön erbjuds de mest sjuka?

Utemiljöns potential att utvecklas till och fungera som värdmiljö

Befintliga utemiljöer

- Forskning om utestelstens positiva effekter, fysisk aktivitet, hälsuprevention och stressreduktion
- Resultat från jämför och analyser av utemiljöernas utformningskvalitet

Anpassas till barn och vuxna i behov

Befintliga verksamheter

- Kundskap från workshop
- Statistik från Senior Alert, BPD och fallolyckor

Med hjälp av utvärdering och feedback skapas justerade positiva utemiljöer

## Bilaga 10: Inbjudan återkopplingsföreläsning

Hej!

Hoppas att ni alla haft en bra sommar på alla sätt och vis!

Vill med detta mail inbjuder er till redovisningen av resultatet kring utemiljöer som vårdmiljöer. Vi träffas i St Knuts konferensrum (vån 2) den 15/9 kl. 13-15. (OBS! Ny lokal pga. det fanns inga lediga i kommunhuset). Jag kommer summera resultatet från workshopen som jag och aktivitetsledarna hade i våras, även kortfattat redovisa analyserna av utemiljöerna vid vård- och omsorgsboendena samt att vi avslutar med ett samtal om hur vi kan arbeta vidare med detta tillsammans.

Välkomna!

Hälsning

Madeleine Liljegren  
Leg. Sjukgymnast



